

B. E. Chabot

# Sterfwerk

De dramaturgie van  
zeldoding in eigen kring

SUN

*Sterfwerk* presenteert stervensverhalen van mensen die hun dood in regie namen. Deze vorm van zelfdoding verdient een plaats in de maatschappelijke discussie over euthanasie en de 'pil van Drion'.

In deze discussie is geen aandacht voor het fenomeen dat in *Sterfwerk* wordt gerapporteerd, namelijk dat sommige mensen zelfstandig en in overleg met omstanders hun dood met zorg regisseren en volgens plan uitvoeren op een wijze die zij zelf als 'humaan' of 'waardig' beoordelen.

Dit boek bevat de eerste neerslag van een langer lopend onderzoek naar een vrij zeldzame variant van zelfdoding die niet nieuw is maar tot op heden niet apart werd onderscheiden. Het betreft een kwalitatief onderzoek met behulp van het dramaturgisch begrip-penkader dat door de socioloog Erving Goffmann is ontwikkeld.

Uitgeverij SUN  
ISBN 90 5875 028 0



9 789058 750280



B.E. Chabot

# Sterfwerk

De dramaturgie  
van  
zelfdoding in eigen kring

SUN

B. E. CHABOT werd in 1941 geboren in Makassar (Nederlands-Indië) en werkt als ouderenpsychiater. In 1996 publiceerde hij bij Uitgeverij SUN *Sterven op drift*.

Omslagontwerp en boekverzorging: Steffen Maas, Rotterdam

© Uitgeverij SUN, Nijmegen 2001

ISBN 90 5875 028 0

NUGI 661

# Inhoud

Inleiding en vraagstelling	7
1/ Achtergronden van het onderzoek	10
1.1. Zelfdoding in eigen kring: introductie van de dramatis personae	10
1.2. Een ongebruikelijke vorm van zelfdoding	13
1.3. Een ondergrondse praktijk van informatie en advies	14
1.4. Het verzamelen van casuïstiek	17
1.5. Demografische kenmerken van de onderzochte groep	19
2/ Drie gevalsbeschrijvingen	21
2.1. Jacques, 66: 'Sterven op je eigen tijd, zonder doktershulp, is zwaar werk'	21
2.2. Rick, 35: 'Zelfdoding omringd door je familie'	28
2.3. René, 33: 'Je familie laat je niet in de steek'	34
3/ Zelfdoding in eigen kring: een aparte configuratie	42
4/ Zelfdoding met zorg, zonder dierbaren: een incomplete configuratie	50
4.1. Laura, 94: De huisarts geeft de sleutel van de medicijnkast even uit handen	51
4.2. Fré, 91: 'Het leven is nu echt op, basta!'	54
4.3. Rosi, 84: Veertig jaar leven met de 'pil van Drion'	58
4.4. Variaties op het scenario van Drion	62
5/ De rolverdeling bij zelfdoding met zorg	67
5.1. De rol van voorlichter / begeleider / adviseur / consulent	68
5.2. De rol van huisarts	76
5.3. De rol van intimus	83
5.4. De rol van gezagsdrager	85
6/ Kwantitatieve aspecten van zelfdoding met zorg	87
6.1. De frequentie van zelfdoding met medicijnen	87
6.2. Hoe vaak komt zelfdoding met zorg voor?	92



7/ Een sociologisch perspectief op zelfdoding in eigen kring	95
7.1. De huisarts als representant van de samenleving	98
7.2. De euthanasieprocedure bezien vanuit de patiënt met een doodswens	101
7.3. Voorlichting over 'humane' zelfdoding nadat een euthanasieverzoek is geweigerd	105
7.4. Zelfdoding en de grenzen van het medisch domein	107
 Samenvatting	 112

#### DOSSIER

Zelfdoding in eigen kring	115
8.1. Anna, 57: 'Versterven kan ik zelf'	115
8.2. Hans, 41: Sterfwerk zonder palliatieve zorg	123
8.3. Rie, 66: 'Het leven gaat door, ook zonder mij'	131
 Zelfdoding met zorg: in overleg en 'humaan'	 143
8.4. Mariët, 42: 'Ik besef dat ik jullie veel verdriet doe'	143
8.5. Marijke, 44: 'Heer, wil met mij zijn, nu en in het uur van mijn dood'	148
8.6. Jaap, 38: 'Ik hoop dat niemand een persoonlijke afwijzing voelt door mijn weigering om te leven'	154

#### Bijlage I

Organisatie van de Leden Ondersteunings Dienst (LOD) van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE)	160
---	-----

Noten	163
-------	-----

Literatuur	173
------------	-----

## Inleiding en vraagstelling

Dit is een verslag van medisch-sociologisch onderzoek naar zelfdoding omringd door dierbaren, zonder doktershulp. Ik kwam dit verschijnsel op het spoor door interviews met medewerkers van verenigingen die zich inzetten om 'waardig' sterven mogelijk te maken voor mensen die van hun arts geen hulp krijgen. Uit de interviews kwam een praktijk aan het licht van voorlichting over en bijstand bij zelfdoding, waarover niet eerder onderzoek is gepubliceerd.

Wie bijstand bij zelfdoding onderzoekt, doet er goed aan terstond de eigen positie in dat mijnenveld helder te maken. 'Erst kommt das Fressen und dann kommt die Moral', wist Bertold Brecht. Eerst kan men maar beter de praktijk van de arts-onderzoeker blootleggen door een directe vraag te stellen: 'Hoe vaak gaf u in het geheim, of misschien openlijk, euthanasie of hulp bij zelfdoding?' Antwoord: 'Eén keer, in 1991.'

In mijn dagelijks werk met oudere psychiatrische patiënten die wonen in het psychiatrisch ziekenhuis De Geestgronden, wordt zelden of nooit gevraagd om hulp bij zelfdoding. De honderd bejaarde patiënten van mijn kliniek willen met hun talrijke geestelijke en lichamelijke handicaps zo draaglijk mogelijk leven. Door de samenwerking van een hechte groep hulpverleners blijkt het vaak mogelijk aan hun wensen tegemoet te komen.

Na die ene keer dat een 50-jarige vrouw dodelijke middelen van mij kreeg,<sup>1</sup> heeft nog geen andere patiënt die ik in behandeling heb, mij kunnen overtuigen dat hulp bij zelfdoding de enige uitweg is. Ik sluit die hulp niet uit – zeg nooit nooit – maar het beeld van sommigen dat ik een boegbeeld ben van zelfbeschikking rond het levenseinde, komt niet met de realiteit overeen. In een vakblad heb ik beschreven hoe ik als psychiater en psychotherapeut omga met de vraag om hulp bij zelfdoding.<sup>2</sup>

Regelmatig krijg ik uit het hele land brieven van mensen die dood willen en daarbij mijn hulp vragen. Ik verwijs hen naar hun behandelaar. Indien iemand reeds langdurig behandeld is en verdere behandeling afwijst, verwijs ik voor informatie naar de NVVB. Op verzoek van huisartsen en psychiaters spreek ik soms mensen met een uitgesproken doodswens. Vaak blijken er nog reële behandelingsmogelijkheden te zijn, al is het lang niet altijd mogelijk

de persoon zelf daarvan te overtuigen. Omdat de situatie in mijn ogen nog niet uitzichtloos is, wordt het verzoek om hulp bij zelfdoding dan afgewezen.

Hoe gaat het verder met de persoon die na deze afwijzing vastbesloten blijft op humane wijze te willen sterven? Er wordt wel gezegd dat iemand die nog zelfredzaam is daar een arts niet mee hoeft te belasten maar dat zelf kan realiseren. De vraag hoe mensen die dood zelfstandig kunnen realiseren, wordt nooit bevredigend beantwoord.

Het idee dat de arts bij een zogeheten 'waardige' zelfdoding gemist kan worden, is wel intrigerend. In 1996 bracht de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) een doe-het-zelf-handleiding voor 'waardige' zelfdoding uit, die ruim aandacht in de media kreeg. Deze handleiding zou meer betrouwbare en nauwkeurige informatie bieden dan op het internet of in de boekhandel is te vinden.<sup>3</sup> Medewerkers van de NVVE en stichting De Einder gaven op verzoek toelichting op deze handleiding. Toch steeg het aantal zelfdodingen niet.<sup>4</sup>

Wat betekent dat? Kan het zijn dat 'waardige' zelfdodingen ook met de beste informatie vaak mislukken? Een andere mogelijke verklaring voor het ongewijzigde aantal zelfdodingen luidt: 'humane' zelfdodingen worden vaak als een natuurlijke dood gemeld en blijven daardoor in de statistieken onzichtbaar. Er is nog een derde interpretatie mogelijk: uit het constante aantal zelfdodingen blijkt dat er weinig vraag is naar 'waardige' zelfdoding zonder doktershulp. Het debat over de 'pil van Drion' leidde niet tot een toename van het aantal 'waardige' zelfdodingen en heeft misschien vooral een hoog ideologisch gehalte. In hoofdstuk 6 wordt dit alles nader besproken.

Geleidelijk rijpte het plan de volgende vraag systematisch te onderzoeken: *Hoe verloopt 'humane' zelfdoding zonder doktershulp?* Of preciezer: via welke verwickelingen realiseren mensen die dood willen op een in eigen ogen humane wijze, hun dood, zónder dat een arts de volledige verantwoordelijkheid op zich neemt? En is er enige aanwijzing hoe vaak dat voorkomt?

De vragen klinken eenvoudig maar de beantwoording ervan blijkt een lange weg, die meerdere naspeuringen omvat. Ik ben het onderzoek begonnen door aan medewerkers van de NVVE en van De Einder de vraag voor te leggen hoe concrete gevallen verliepen waarbij zij betrokken waren geweest. Daarbij kwam ik ook een enkele 'humane' zelfdoding op het spoor die zonder consulent had plaatsgevonden.



Hier zal verslag worden uitgebracht van een eerste onderzoek dat beoogt deze zelfdodingen nader te verkennen en kenmerkende aspecten ervan te ordenen. Een tweede onderzoek staat op stapel dat vergelijkbare zelfdodingen langs andere wegen verzamelt. In hoofdstuk 1 komt aan de orde waarom ik nu reeds verslag uitbreng van dit eerste onderzoek.

De bevindingen van dit onderzoek zijn besproken met de socioloog A. de Swaan van de Universiteit van Amsterdam en de methodoloog H. 't Hart van de Universiteit Utrecht. Hoewel ik in dank hun beider kritisch commentaar heb aanvaard en in de tekst verwerkt, dragen zij geen verantwoording voor de inhoud zoals die hier vorm heeft gekregen.

De Swaan deed mij de suggestie aan de hand om in de verslaglegging gebruik te maken van het perspectief van de socioloog Erving Goffman, dat deze theoretisch heeft onderbouwd in *The Presentation of Self in Everyday Life* (1959), vertaald als *De dramaturgie van het dagelijks leven*. Het dagelijks leven wordt daarin benaderd als was het een toneelstuk dat met grote ernst gespeeld wordt door dramatis personae, vertolkers van rollen die de *mise-en-scène* opvoeren van wat 'in werkelijkheid' ook hun levensdrama is. De term 'dramaturgie' verwijst hier naar de regelmatigheden, de interactiepatronen of sociale configuraties van de tragedie die vijf acteurs tezamen opvoeren. Dat treurspel op leven en dood bereikt zijn dramatisch hoogtepunt in het zelfgekozen moment van sterven.

Het voordeel van deze manier van kijken is dat ze distantie bevordert wanneer de morele, de emotionele en de politieke lading van het te bestuderen onderwerp groot is. Dat geldt bij uitstek voor de ongewone variant van zelfdoding die hier voor het eerst in kaart wordt gebracht.

Alle personen die bereid waren mij op de hoogte te brengen van het precieze verloop van de gebeurtenissen rond de zelfdoding waarbij zij - vaak tegen hun wil - betrokken waren geraakt, wil ik bedanken. Ik hoop door de afstandelijke presentatie van hun woorden, het door hen geschonken vertrouwen niet te beschamen. De intensiteit van de gevoelens van de achterblijvers is zo groot, maar ook het pathos ligt zozeer op de loer, dat een zo zake-lijk mogelijke beschrijving en analyse is aangewezen. Vandaar het dramaturgisch perspectief, dat mogelijk kil lijkt voor wie de overledene gekend heeft, maar dat slechts in schijn is.

# 1/ Achtergronden van het onderzoek

## 1.1/ Zelfdoding in eigen kring: introdunctie van de dramatis personae

Elk leven kent zijn horizon in de tijd. Voor veel mensen ligt die ergens rond de gemiddelde levensverwachting, om en nabij de tachtig jaar. Maar anders dan de horizon aan de einder die voor ons terugwijkt, fixeert de zelfdoder zijn tijdshorizon: hij loopt er op af en springt er over heen. Hij heft de tijd op – en daarmee zichzelf. Die dramatische gebeurtenis is een onuitputtelijke bron van verontrusting en fascinatie voor de achterblijvers.

Zelfdoding houdt de samenleving bezig, al komt zij weinig voor (ongeveer één op de honderd sterfgevallen) al is de frequentie ervan in de afgelopen honderd jaar niet toegenomen. Nederland neemt een bescheiden zeventiende plaats in binnen een ranglijst van dertig landen, ver achter vergelijkbare kleine en welvarende landen als Denemarken op de tweede plaats en België op de achtste.<sup>5</sup> Toch kent iedereen wel iemand die 'het' gedaan heeft. Telkens weer echoot de zelfgekozen dood lang na in het collectieve geheugen van familie en vrienden.

In de sociologie is aan zelfdoding onverbreekelijk de naam verbonden van Emile Durkheim. Zijn klassieke studie *Le suicide* (1897) maakte zelfdoding van een tragisch of eervol individueel lot tot een sociologisch verschijnsel dat verbonden is met anomie, letterlijk norm- of regelloosheid. Wanneer het individu ieder betekenisvol verband verliest met zijn sociale wereld, zou hij eerder tot suïcide kunnen komen.<sup>6</sup>

Anders dan Durkheims klassieke werk over anomische zelfdoding, gaat dit boek over *nomische*<sup>7</sup> zelfdoding: de dood wordt in regie genomen door individuen die zich zozeer verbonden weten met dierbaren, dat zij hun dood in overleg met enkele omstanders ensceneren en voltrekken, soms zelfs in aanwezigheid van dierbaren, *in eigen kring*. Hun zelfgekozen dood kan men nomisch noemen in Durkheimiaanse zin voorzover deze samenhangt met culturele ontwikkelingen in de Nederlandse samenleving die tal van keuzes rond het levenseinde hebben geschapen, inclusief de keuze van het moment van sterven in het geval van euthanasie. De toename van keuzemogelijkheden rond het levenseinde<sup>8</sup> is

onmiskenaar en wordt gedragen door omvattende processen van civilisering en individualisering.<sup>9</sup>

De vraag of nomische zelfdodingen goed of verkeerd zijn, zal hier geen aandacht krijgen. Deze studie geeft geen ethische beschouwing noch een ideologisch standpunt maar een medisch-sociologische terreinverkenning. Het doel is om een zeldzame variant van zelfdoding in kaart te brengen en een aantal aspecten ervan te ordenen vanuit een sociologisch perspectief. Op dit moment weten we vrijwel niets over de dood die sommige mensen zelfstandig, maar wel in nauw overleg met omstanders, voorbereiden en die zij als 'humaan' of 'waardig' bestempelen. Die dood heeft geen eigen naam.

In termen van de Griekse tragedie: de zelfdoder is de hoofdrolspeler of protagonist en de omstanders met wie hij in overleg treedt spelen de rol van antagonist of tegenspeler. Tot de omstanders behoort in de eerste plaats het koor van de dierbaren, bestaande uit familie, partner en vrienden. Naast het koor gaan nog twee *dramatis personae* de dialoog aan met de zelfdoder, de arts en de 'begeleider bij humane zelfdoding'. Sommigen noemen dit laatste, onbekende personage bij voorkeur 'voorlichter': iemand die voorlichting geeft over methoden van 'humane' zelfdoding.<sup>10</sup> Anderen noemen hem 'adviseur' of, meer polemisch, 'zelfmoordconsulent'.<sup>11</sup> In dit boek worden de termen voorlichter, begeleider, adviseur en consulent door elkaar gebruikt als verwisselbare namen voor dit personage. Uit de gevalsbeschrijvingen zal stap voor stap duidelijk worden waaruit de gegeven voorlichting bestaat en of er begeleiding en advies wordt gegeven.

'Zelfdoder' komt niet in Van Dale voor, wel 'suïcidant' of 'zelfmoordenaar'. Het eerste is jargon van suïcidologen en wordt hier vermeden. 'Zelfmoordenaar' roept associaties op met moord en suggereert twee zaken: dat de dood tot stand komt met voorbedachte rade en tégen de wens in van de overledene. Bij de zelfdodingen in dit boek is er inderdaad sprake van 'voorbedachte rade', maar allerminst dat de dood tegen de wens van de overledene in wordt gerealiseerd. Het tegendeel is aan de orde. Alle personen getroosten zich veel inspanning om de eigen dood tot stand te brengen, op een wijze die tevens rekening houdt met de gevoeligheden van de omstanders. In die situatie is 'moord' niet van toepassing en daarbij vooroordeel bevestigend omdat dit woord zo krachtig een moreel oordeel uitdrukt. Vandaar de keus voor 'zelfdoder'. De term verwijst zowel naar de persoon die concreet zelf-



doding voorbereidt als de door zelfdoding omgekomenen.

De arts treedt namens de gemeenschap op als de antagonist die de zelfdoder poogt te overreden om tot inkeer te komen en zich te laten behandelen. Bij overreding hoort soms ook dwang om de zelfdoding te voorkomen, althans wanneer de zelfdoder buiten zinnen is. In de ontwikkeling van het drama ontstaat er vaak een omslagpunt waarop de zelfdoder de dialoog met de arts afbreekt, uit vrees dat deze tussenbeide komt en de zelfdoding zal verhinderen.

De begeleider treedt op als een advocaat die de belangen behartigt van de zelfdoder zoals deze die zelf ziet. In dit onderzoeksmateriaal blijkt hij soms de visie van de zelfdoder te bepleiten bij de huisarts. Zoals het een advocaat betaamt, houdt hij ter dege rekening met de figuur van Justitie, die nog niet op het toneel staat maar tussen de coulissen. Als voorlichter over methoden van zelfdoding en over de wegen waarlangs dodelijke middelen verkregen kunnen worden, opereert hij in een grijs gebied rond hulp bij zelfdoding dat door de jurisprudentie nog niet precies is gemarkeerd. Soms verdwijnt hij na een zelfdoding spoorloos. Dat heeft tot gevolg dat hij zichzelf in de rol van verdachte manoeuvreert, hoezeer hij misschien ook probeert binnen de grenzen van het toelaatbare te blijven.

De dierbaren, familie en vrienden, zijn de verscheurde tegenspelers van de persoon die zijn dood openlijk in regie neemt. In deze tragedie is de protagonist namelijk tegelijk altijd ook regisseur. Uit de ensceneringen die dit onderzoek aan het daglicht brengt, zal blijken dat de dierbaren meestal de kinderen zijn, een broer of een zuster, en soms een partner, de ouders of vrienden. Zij kennen de persoon al zo lang, begrijpen diens doodsverlangen als uiting van de persoonlijke omgang met het lot dat de zelfdoder getroffen heeft, maar zij willen hem of haar nog absoluut niet missen. Hun meerstemmig koor kent enkele melodielijnen: verzet tot het uiterste, waarmee ze soms het vertrouwen verspelen van de regisseur en om de tuin worden geleid bij de uitvoering van diens voornemen. Anderen pogen tot het laatste toe in gesprek te blijven en moeten, als zij verliezen, zich machteloos bij het besluit neerleggen. Weer anderen kunnen het niet aanzien en nemen afstand, trekken zich terug: 'Ik weiger hierin met je mee te denken.' Ook zijn er die bewondering koesteren – 'zou ik dit onder die omstandigheden ook durven?' – of, heel dubbelzinnig, 'respect': soms is dat een dekmantel voor onverschilligheid – 'je doet maar wat je

niet laten kunt' – soms juist een uiting van opoffering: 'Als je echt niet meer wil leven, zou het egoïstisch zijn aan te dringen bij mij te blijven, alleen maar omdat ik je zo vreselijk zal missen.'

Tussen de coulissen staat Justitie gereed om het toneel op te komen. De gemeentelijk lijkschouwer en rechercheurs van politie onderzoeken de overledene op sporen van een misdrijf. Achter hen staat het bevoegd gezag in de persoon van de officier van justitie die toestemming tot begraven moet geven. Zijn imponerende gestalte beïnvloedt, zoals we zullen zien, in hoge mate het doen en laten van de omstanders die betrokken zijn bij de met zorg voorbereide zelfgekozen dood.

## 1.2/ Een ongebruikelijke vorm van zelfdoding

Dit boek bevat het eerste deel van een langer lopend onderzoek naar een vrij zeldzame variant van zelfdoding, die niet nieuw is maar tot op heden niet apart werd onderscheiden. Het betreft een kwalitatief beschrijvend onderzoek.<sup>12</sup> *Sterfwerk* presenteert stervensverhalen van mensen die hun dood in regie namen. Hun zelfdoding onderscheidt zich van de meeste zelfdodingen. In sommige opzichten lijkt de encenering van hun dood meer op die van mensen die doktershulp bij zelfdoding krijgen, wat in Nederland tot 'euthanasie' gerekend wordt. De overeenkomst tussen zelfdoding met doktershulp en zelfdoding in eigen kring is dat in beide situaties de zelfdoding nauwgezet en in overleg met ten minste één omstander wordt voorbereid en uitgevoerd. Als essentieel verschil zal uit de gevalsbeschrijvingen naar voren komen dat er bij deze zelfdodingen geen arts aanwezig is en dat de arts ook geen verantwoording neemt voor het slagen ervan.

In de statistieken komt deze met zorg voorbereide dood vaak op één hoop terecht met impulsieve zelfdodingen. De 'zelfdoding in eigen kring' wordt zo aan het oog onttrokken. Bij een minderheid, met name bij zelfdoding door ouderen, wordt een tot in details geplande zelfdoding soms, zo blijkt, ten onrechte geregistreerd als dood door bijvoorbeeld een hartinfarct, als een 'natuurlijke dood'. Zowel door de associatie met impulsieve zelfdoding als door de registratie als natuurlijke dood, blijft de maatschappelijke dimensie van deze zelfdodingen onzichtbaar.

Want op het eerste gezicht lijkt het alsof elk van de hier besproken gevallen op zichzelf staat, als betrof het een tragisch, individu-

eel ongeluk dat ons in sociaal opzicht niets te vertellen heeft, niets zichtbaar maakt dat van publiek belang is. Daardoor wordt 'zelfdoding in eigen kring' genegeerd in het publieke debat over de 'pil van Drion', die door de zaak Brongersma weer hoog op de publieke agenda is gekomen. In dat debat is er geen aandacht voor het fenomeen dat sommige mensen in overleg met omstanders hun dood in regie nemen en volgens plan uitvoeren op een wijze die zichzelf als 'humaan' of 'waardig' beoordelen.

Het verschil met de zelfdoding van Brongersma is dat daarbij de arts de regie had, terwijl in de hier besproken gevallen de persoon zelf de regie heeft gehouden, vaak zonder en soms met enige assistentie van de huisarts. In dat laatste geval kan er sprake zijn van wat misleidend en simplificerend benoemd is als 'de pil van Drion'.

Huib Drion introduceerde in 1991 de stelling 'dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op aanvaardbare manier uit het leven te stappen op het moment dat hun dat – gezien wat hen daarvan nog te wachten staat – passend voorkomt'. Inmiddels wordt de uitdrukking 'pil van Drion' ook gebruikt als synoniem voor 'doktershulp bij zelfdoding aan ouderen'. Ik zal de oorspronkelijke betekenis aanhouden, namelijk die van een dodelijk middel op het nachtkastje, of veiliger in de kluis, voor eventueel gebruik 'in het geval dat', waardoor niet de arts maar de oudere de regie in handen krijgt.

Dit onderzoek richt zich niet speciaal op zelfdoding bij ouderen met behulp van de 'pil van Drion'. Onontgonnen terrein kan beter worden verkend met een ruimere vraagstelling, die zich niet beperkt tot de situatie van ouderen.

### 1.3/ Een ondergrondse praktijk van informatie en advies

In 1996 doorbrak de NVVE het stilzwijgen over dodelijke middelen met de uitgave in eigen beheer van *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding*.<sup>13</sup> Het is een instructieboek met doe-het-zelf-methoden voor 'waardige' zelfdoding, dat geldt als het beste wat er op dit terrein verschenen is.<sup>14</sup> Maar of er met dit 'kookboek' te werken valt, of 'waardige' zelfdoding zonder doktershulp voor zieke mensen ook uitvoerbaar is en met welke kans van slagen, daarover wordt niet gepubliceerd.



Ik werd op het spoor gezet van zelfdoding met informatie en bijstand door niet-artsen via een publicatie van twee psychologen bij de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE), die gesprekken hebben met 'mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken'. En passant noemen zij het feit dat 'oudere zieke mensen' met een hulpvraag aan de NVVE 'thuis worden bezocht door een NVVE-vrijwilliger die met de patiënt praat over de doodswens, helpt bij het invullen van wilsverklaringen en bemiddelt bij contacten met ziekenhuis, specialist of huisarts'.<sup>15</sup> Hun artikel vermeldt niet of er soms een zelfdoding plaatsvindt, waarbij de vrijwilliger tot het laatst toe aanwezig blijft. Die mogelijkheid roept intrigerende vragen op over de besluitvorming, de voorbereiding en de uitvoering van de zelfdodingen waarbij geen arts betrokken is maar 'leken'.

Op dit terrein lijkt de opstelling van de stichting De Einder openhartiger en radicaler.<sup>16</sup> De oprichter van De Einder, Jan Hilarius, bracht in eigen beheer in 2001 een boekje uit, waarin hij zijn ervaringen beschrijft als consulent voor 'humane' zelfdoding.<sup>17</sup> In eigen beheer, want hij kon geen uitgever vinden die aan deze publicatie zijn vingers durfde branden. Hoe onthullend Hilarius' voorbeelden soms ook zijn, zijn boek laat de lezer achter met het ongemakkelijke gevoel: wat gebeurt er nu precies? Wat maakt de zelfdoding tot 'humaan'? Welke hulp geeft de adviseur nog wel en welke niet?

Achter de ideologische accentverschillen tussen de NVVE en De Einder vermoedde ik een gemeenschappelijke praktijk waar veel mensen iets van vinden maar die niet wordt onderzocht. Ook in landen als Zwitserland, Engeland en de Verenigde Staten adviseren groepen over doeltreffende en 'waardige' zelfdoding zonder doktershulp, waarover ze slechts in eigen kring publiceren. De enige mij bekende uitzondering is een publicatie in 1994 van Ogden uit Canada, *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*, over lekenhulp bij zelfdoding aan aidspatiënten in de tijd dat aids nog onbehandelbaar was. Ogden beschrijft een nogal chaotische gang van zaken, waarbij de angst voor Justitie de precieze beschrijving van gevallen belemmert. Deze ontbrekende publieke verantwoording is begrijpelijk gelet op het juridische klimaat in vele landen rond assistentie bij zelfdoding, zelfs als die van een arts komt. Bij buitenstaanders wekt deze geheimzinnigheid de indruk dat de praktijk balanceert op of over de grens van het wettige.

Op grond van het voorafgaande was mijn uitgangspunt bij dit

onderzoek dat er zowel in Nederland als in andere westerse landen in feite een ondergrondse praktijk bestaat van informatie over en bijstand bij 'dying with dignity', 'humanes sterben' of 'mourir dans la dignité'. Deze praktijk wordt verhuld door een ideologie van zelfbeschikking en gaat gebukt onder angst voor Justitie. De verspreiding van informatie over doe-het-zelf-methoden vindt plaats als was het samizdat-lectuur, die niet via de boekhandel circuleert maar via vlugschriften en pamfletten. Het zojuist genoemde *Schotse boekje* wordt verspreid via belangenverenigingen, die het soms inkorten tot hun eigen brochure. Voorzover bekend heeft tot op heden niemand het op het internet gezet. In kringen van psychiatrische patiënten circuleren beduimelde kopieën.

De angst voor de strafwet maakt het moeilijk een goed beeld te krijgen van wat zich precies afspeelt rond 'humane' zelfdoding zonder doktershulp. Niet eerder is er systematisch casuïstiek gepubliceerd over deze ondergrondse praktijk van informatie en advies.<sup>18</sup> De kleine verzameling van twintig gevallen in dit boek verschaft voor het eerst informatie over deze ongewone vorm van zelfdoding. Dat rechtvaardigt een aparte publicatie van dit onderzoek.

Voor alle duidelijkheid, hier wordt niet onderzocht of zelfdoding in eigen kring een prudent arrangement is, maar uitsluitend hoe dit bij twintig personen in zijn werk ging.

Ieder onderzoek naar een ondergrondse praktijk vereist concessies bij de verslaglegging. De bescherming van de anonimiteit van de overledenen, de nabestaanden, de voorlichters en de artsen is essentieel. Zij waren bereid openhartig over hun ervaringen te spreken onder garantie dat hun identiteit doeltreffend beschermd zou worden tegen herkenning door Justitie en door anderen. Allen kregen het recht op veto ten aanzien van het uiteindelijke verslag, waarvan één keer gebruik is gemaakt omdat de onherkenbaarheid onvoldoende leek.<sup>19</sup>

Een tweede concessie aan het streven naar een volledige verslaglegging werd gedaan op verzoek van de begeleiders. Zij wilden over hun ervaringen praten op voorwaarde dat de middelen die voor zelfdoding zijn gebruikt, niet bij name genoemd zouden worden. Hun reden hiervoor is dat wanneer deze middelen met zelfdoding geassocieerd raken, het in de toekomst moeilijker zal worden voor de zelfdoder om ze in binnen- en buitenland te verzamelen.

Het is daarom onvermijdelijk dat op dit éne belangrijke punt het

waas van geheimzinnigheid blijft hangen rond deze zelfdodingen. Dat is inherent aan de aard van dit explosieve onderwerp. Goed beschouwd is het verwonderlijk hoeveel er in dit boek wél aan het daglicht mag komen. Wie nauw betrokken was bij een zelfdoding kan immers, naast angst voor Justitie, nog geheel andere, emotionele redenen hebben om daarover liever te zwijgen. Bijvoorbeeld, de stille twijfel of je het had kunnen – of moeten – verhinderen. Of ook discretie tegenover de overledene, wiens sterven als zo intiem is beleefd, dat men dit niet wil delen met het publiek.

De voornaamste reden die veel nabestaanden spontaan opgaven voor medewerking aan dit onderzoek was hun hoop ertoe te kunnen bijdragen dat anderen bespaard zou blijven wat hun dierbare had moeten meemaken om ‘waardig’ te sterven. Zij hadden gewenst dat de arts dodelijke middelen gegeven zou hebben, hetzij openlijk in de vorm van ‘euthanasie’, hetzij in het verborgene. De behandelend arts of specialist bleek in de meeste gevallen hier toe niet bereid. De overledenen hadden zich niet willen neerleggen bij die weigering van hun arts. Zij toonden zich vastbesloten de dood te zoeken op een tijdstip en op een wijze die bij het eigen zelfbeeld en levensverhaal paste. Ook wanneer zij daarmee handelden tegen de uitdrukkelijke wens in van de personen door wie zij zich geliefd wisten en voelden.

#### 1.4/ Het verzamelen van casuïstiek

Een introductie bij de NVVE en De Einder stelde mij in staat contact te leggen met een aantal ‘vrijwilligers’, zoals ze bij de NVVE heten, en ‘suicide-counselors’, bij De Einder, die bereid waren opening van zaken te geven over hun bemoeienissen met personen die zichzelf hadden gedood. Onder garantie van anonimiteit gaven zij toestemming tot een interview. Daarin beantwoordden zij mijn vragen over de levensgeschiedenis, de besluitvorming, de voorbereiding en de uitvoering van de zelfdodingen waarbij zij als begeleider waren opgetreden.<sup>20</sup> Wanneer zij betrokken waren geweest bij meer zelfdodingen, werd hun gevraagd zich te beperken tot gevallen in de afgelopen twee jaar, en bij voorkeur tot die personen bij wie zij ook getuige waren geweest van de zelfdoding.



TABEL 1.1  
AANTAL GEVALLEN VAN ZELFDODING PER BEGELEIDER

1 begeleider rapporteerde	4 gevallen:	4
1 begeleider rapporteerde	3 „	3
3 begeleiders rapporteerden	2 „	6
5 begeleiders rapporteerde	1 geval:	5
zonder begeleider	2 gevallen:	2
		—
totaal: 10 begeleiders	gevallen:	20

In de loop van een jaar werden er langs deze weg achttien gevallen opgespoord die gerapporteerd werden door tien begeleiders (tabel 1.1). Daarnaast werden twee gevallen verkregen buiten de NVVE en De Einder om, via personen die hoorden dat voor dit onderzoek zelfdodingen gezocht werden. Bij deze twee gevallen was geen begeleider betrokken geweest. Daarmee kwam het totaal op twintig. Dat leek voldoende om een indruk te krijgen van de variatie op dit terrein en om te komen tot een precisering van vragen voor verder onderzoek.

Van de achttien gevallen waren er negen afkomstig van De Einder en negen van de NVVE. Bij twaalf van de twintig gevallen kon er via bemiddeling van de begeleiders contact gelegd worden met een tweede persoon die de overledene kort voor diens dood van nabij gekend had. Vaak was dit een partner, familielid of vriend(in), met wie de overledene intensief contact had in de periode voorafgaande aan de zelfdoding. Wanneer dit niet lukte werd aan de huisarts verzocht informatie te geven over zijn contacten met de overledene. Wanneer een psychiater de overledene recent had behandeld, werd toestemming om inzage in het dossier gevraagd. In enkele gevallen waren er sprekende afscheidsbrieven waaruit geciteerd mocht worden. Op basis van dit alles werd een verslag gemaakt dat ter aanvulling, correctie en verdere anonimisering werd voorgelegd aan alle geïnterviewden. In dit boek zijn de twaalf verslagen opgenomen over die zelfdodingen, waarbij het gelukt is om ten minste twee informanten te spreken over de gebeurtenissen voorafgaande aan de zelfdoding. De acht resterende zelfdodingen op het totaal van twintig, waarover slechts de medewerker van de NVVE of De Einder als enige informant rapporteerde, verschaffen te fragmentarische en te eenzijdige gegevens over de besluitvormingsfase om een uitvoeriger



beschrijving te rechtvaardigen. Zij worden daarom niet als afzonderlijke gevalsbeschrijving gerapporteerd. De informatie uit deze acht interviews met de voorlichters over 'waardige' zelfdoding, wordt wel gebruikt voor de beschrijving van de demografische kenmerken en in hoofdstuk 5.

### 1.5/ Demografische kenmerken van de onderzochte groep

In dit onderzoek werden 20 gevallen verzameld van nauwkeurig voorbereide zelfdodingen met een overdosis medicijnen (18 keer) of door versterven (2 keer). De geslachtsverdeling was 13 vrouwen en 7 mannen. Dit stemt overeen met het gegeven dat vrouwen vaker dan mannen kiezen voor medicijnen als zelfdodingsmethode.<sup>21</sup>

Van de 20 personen zijn 15 alleenstaand: ongehuwd (6), gescheiden (4) en verweduwd (5). Ook dit komt overeen met wat bekend is uit de literatuur over suïcide.<sup>22</sup> Negen van de twintig personen woonden in de grote steden van de Randstad, elf daarbuiten.

In deze groep is de helft ouder dan 60 jaar (tabel 1.2), dat is iets vaker dan gebruikelijk: 'Eén op elke drie suïcides vindt plaats bij mensen van 60 jaar en ouder.'<sup>23</sup> Voor het maaatschappelijke debat over de pil van Drion is relevant dat men deze vorm van zelfdoding in de onderzochte groep in 50% aantreft onder de 60 jaar.

TABEL 1.2  
LEEFTIJD IN ONDERZOCHE GROEP

20-39	4
40-59	6
60-79	4
> 80	6
	<hr/>
	20

Over de relatie tussen suïcide en opleidingsniveau is maar weinig bekend.<sup>24</sup> In deze groep is het aantal hoogopgeleiden sterk vertegenwoordigd (tabel 1.3).

TABEL 1.3  
OPLEIDING / BEROEPSNIVEAU

academisch	8
hbo	7
beroepsopleiding / mbo	4
schoolverlater, geen beroep	1
	<hr/>
	20

Samenvattend: men treft in de onderzochte groep zelfdodingen met 'humane' methoden opvallend vaak hoogopgeleiden aan. Het feit dat de groep meer vrouwen dan mannen bevat en meer alleenstaanden, stemt overeen met wat bekend is uit de literatuur over zelfdoding. Dit type zelfdoding treft men zeker niet uitsluitend aan bij ouderen.

## 2/ Drie gevalsbeschrijvingen

De twaalf gevalsbeschrijvingen worden ter wille van de leesbaarheid niet gezamenlijk gepresenteerd. In dit hoofdstuk komen drie zelfdodingen aan de orde die een patroon of configuratie zichtbaar maken dat dit type zelfdoding apart zet van de meeste zelfdodingen. Datzelfde patroon is zichtbaar in de drie eerste verslagen van zelfdodingen in het Dossier (8.1-8.3). Er is afgezien van commentaar aan het eind van ieder verhaal. In hoofdstuk 3 komt de onderzoeker aan het woord.

### 2.1/ Jacques, 66: 'Sterven op je eigen tijd, zonder doktershulp, is zwaar werk'<sup>25</sup>

#### *Inleiding*

Jacques overleed, 66 jaar oud, na een bewuste keuze om te stoppen met eten en drinken. In zijn ogen was dit de meest waardige en humane wijze om dood te gaan, nadat zijn huisarts de toezegging tot hulp bij zelfdoding had ingetrokken. Zijn vrouw en dochter namen de dagelijkse verzorging op zich. Samen met zijn zoon vertelden zij mij achteraf hoe de zelfdoding door versterven was verlopen.

Daarnaast kreeg ik informatie van de drie artsen die bij deze zelfdoding waren betrokken. De huisarts stond niet principieel afwijzend tegenover euthanasie want hij had die in het verleden drie keer voltrokken, maar in dit geval bleef hij twijfelen. Uiteindelijk beloofde hij hulp bij zelfdoding te geven maar hij trok zich de dag voor de afgesproken datum terug. Eerder had een SCEN-consulent<sup>26</sup> de patiënt onderzocht en met het gezin gesproken. Op grond van zijn onderzoek kwam hij tot de conclusie dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor doktershulp bij zelfdoding was voldaan. Hij gaf mij inzage in zijn schriftelijk verslag. Als derde medicus rond dit sterfbed trad de arts op die, in de hopeloos vastgelopen situatie tussen Jacques en zijn huisarts, hem dagelijks bezocht tijdens de elf dagen dat het versterven duurde. Hij kende Jacques uit het verleden toen deze zijn patiënt was geweest, en verschaftte mij gegevens over het verloop van het versterven. Alle informatie van de familie en van de drie artsen is hier bijeen-

gebracht tot een chronologisch verslag. Hun lezing van de gebeurtenissen stemde op alle belangrijke punten overeen, al legde ieder zijn eigen accenten.

Jacques leed als kind aan astma en vergat nooit meer hoe het voelt om te stikken. Tijdens zijn puberteit verdween de astma maar kreeg hij epileptische insulten. Het werd hem verboden om te zwemmen vanwege het dodelijke risico als hij juist dan een toeval zou krijgen. Maar Jacques was Jacques niet geweest als hij daar naar geluisterd had. Telkens zocht hij het gevaar op, zoals die keer toen hij expres in zijn eentje de IJssel overzwom. Het was als wilde hij de dood uitdagen wie er nu eigenlijk bepaalde waar de grenzen lagen van zijn autonomie.

Eenmaal volwassen verschoof deze levenshouding zich naar zijn werk. Hij was een van de eerste landbouwingenieurs in Nederland die zich keerde tegen het gebruik van landbouwbestrijdingsmiddelen, die destijds op grote schaal werden gebruikt. Met zijn openhartigheid over de gevaren hiervan maakte hij zich niet geliefd bij zijn werkgever die deze middelen op de markt bracht. Na meerdere wisselingen van werkgever, waagde hij de sprong naar een eigen adviesbureau voor biologische landbouw in een tijd waarin hij daarmee nog financiële risico's liep. Toen zijn bedrijf aan de grond zat en hij een grote order binnen kon halen van een multinational die in Nederland een groen imago wilde opbouwen maar bekend stond om de export van DDT naar de Derde Wereld, weigerde hij de opdracht.

Ook de kinderen kregen hun portie van zijn onkreukbaarheid. Als zijn zoon hockeyde in het elftal waarvan Jacques trainer was, werd hij minder vaak opgesteld dan de anderen om iedere schijn van bevoordeling te vermijden.

Jacques' vertrouwdheid met de dood, die hij als kind had leren kennen, verdween niet tijdens de langdurige gezondheid die hij genoot nadat de epilepsie rond zijn twintigste was verdwenen. Kort na zijn zestigste verjaardag merkte hij dat hij op zijn werk last kreeg van wazig zien. Er werd een onbehandelbare degeneratie van het netvlies geconstateerd die onder meer het lezen onmogelijk maakte. Ogenscheinlijk makkelijk deed hij het adviesbureau over aan zijn zoon. Maar toen hij niet meer mocht autorijden, duurde het jaren voordat hij kon besluiten de auto weg te doen. Na een opstandige periode verlegde hij zijn grenzen en kwamen er bandjes van de blindenbibliotheek in huis.



In diezelfde tijd kreeg hij klachten die de uroloog diagnostiseerde als een weinig agressieve vorm van blaaskanker. Een operatie en de terugkerende blaasspoelingen onderging hij stoïcijns. Bij toeval werd een aneurysma van de buikslagader gevonden die te klein was om voor operatie in aanmerking te komen. Hij kon met dit alles goed leven.

Veel problematischer was het dat hij nu vol energie overdag thuis zat, wat in het huwelijk spanningen gaf waar beiden onder leden. Hij had nooit geleerd om ruzies uit te praten en besepte zelf dat hij weinig soepel was in de aanpassing. Daarom nam hij ten slotte de pijnlijke beslissing om op een flat in de buurt te gaan wonen. Er bleef echter een speciale band met zijn vrouw. Samen met zijn hond verhuisde hij met een bakfiets omdat autorijden niet meer mocht en hij geen hulp wilde accepteren bij wat hij nog zelf kon doen. Zo mocht ook niemand hem helpen bij het leggen van de vloerbedekking.

Al spoedig bleek zijn hond kanker te hebben. Voordat deze moest lijden, verzocht hij de dierenarts om hem te laten inslapen. Jacques was actief in zijn schaakclub en bezocht veel theatervoorstellingen en concerten. Hij woonde nog geen jaar alleen toen zich een nieuwe invaliderende ziekte aandeed: een progressieve evenwichtsstoornis door schrompeling van de kleine hersens, waar geen kruid tegen gewassen is. Veelvuldig vallen maakte hem onzeker en op straat afhankelijk van een rollator, die hij bij voorkeur door een stok verving, 'anders lijkt ik wel een oude man'. Hij was toen net 65, leed aan een vorm van kanker die onder controle was maar nooit zou genezen, was zeer slechtiend en binnenkort zou de elektrische rolstoel in huis moeten komen.

Dat laatste was voor hem een brug te ver. Hij besepte te moeten verhuizen, eerst naar een flat gelijkvloers, vervolgens naar een verpleeghuis. Dat eindstation kon nog wel meer dan een jaar duren, de specialist bleef er vaag over hoe snel de evenwichtsstoornis zou verergeren. Maar gelet op het tempo waarin de duizeligheid toenam, was een jaar voor hem een overzienbare termijn van voortgaande aftakeling die hij niet verder wenste mee te maken. Als hij op straat met zijn rollator van de stoep struikelde omdat hij de stoeprand niet meer zag, dan was de aftakeling reeds onmiskenbaar ingezet. Voor het vervolg was hij niet bang, de dood was al heel lang een tastbare aanwezigheid in zijn leven. Een verder voortschrijdende aftakeling paste misschien wel in andermans leven maar niet in het zijne. Hij besloot zijn dierbaren te gaan voorbereiden op zijn dood.

Tijdens de jaren in de flat, waarin hij zijn vrouw miste maar ook te onbuigzaam was om op een andere wijze opnieuw te beginnen, was zijn dochter zijn vertrouweling geworden. Met haar als eerste sprak hij over zijn doodswens. Zij wist dat hij reeds lang tevoren een euthanasieverklaring had opgesteld, maar nu werd het menens. Ze hoorde hem aan en vroeg om er ook met de andere gezinsleden over te praten, in de hoop dat hij ook dit keer zijn grenzen zou verleggen.

Voorjaar 2000 ging Jacques naar de nieuwe huisarts die hij sinds de verhuizing gekregen had en besprak met hem zijn euthanasieverklaring. Deze zei dat hij daar niet principieel afwijzend tegenover stond als er een situatie zou ontstaan die voor zijn patiënt niet meer leefbaar zou zijn. Enkele maanden later werd deze huisarts langdurig ziek en kwam er een vaste waarnemer. In september belemmerde de duizeligheid het lopen zozeer dat Jacques besloot voor het eind van dat jaar zijn leven te beëindigen.

Hij bezocht de (waarnemend) huisarts en stelde binnenkort aan euthanasie toe te zijn omdat hij geen verdere aftakeling wilde meemaken: lezen was niet meer mogelijk; ondanks hulpmiddelen bij het lopen viel hij voortdurend, zodat hij niet lang meer zelfstandig zou kunnen wonen. De huisarts besprak dit verzoek met de praktijkcollega die te kennen gaf dat hij er niet aan zou beginnen. In de administratie van zijn voorganger trof hij wel een euthanasieverklaring aan maar hij kon geen afspraak vinden over euthanasie op afzienbare termijn. Hij deelde zijn patiënt mee dat hij niet op diens verzoek in wilde gaan.

Jacques zocht hierop contact met een van de verenigingen die zelfbeschikking rond het levenseinde ten doel hebben en sprak met een van hun adviseurs. Hij kreeg informatie over de mogelijkheden die er zijn om zonder hulp van een arts zelf een humane dood te realiseren. Daaruit kwam versterven, het stoppen met eten en drinken onder palliatieve begeleiding, naar voren als enige voor hem acceptabele, menswaardige methode. Want het idee om met wat smoesjes de dodelijke middelen te gaan verzamelen die hem werden genoemd, paste absoluut niet bij zijn strikte opvatting van eerlijkheid.

Zijn vrouw en kinderen vroegen zich af of dit nu echt zo verder moest gaan. De echtgenote en dochter bezochten het spreekuur van de huisarts en legden uit hoe groot voor Jacques de teleurstelling was over zijn weigering. De huisarts maakte toen een afspraak met het hele gezin. Daarin kreeg hij de indruk dat eutha-



nasie voor de echtgenote en beide kinderen wel sneller kwam dan zij wensten maar dat zij Jacques' wens respecteerden. Een tweede gezinsgesprek volgde waarin Jacques sterk aandrong op euthanasie voor een bepaalde datum. De huisarts voelde zich onder druk gezet en antwoordde: 'Als u aan die datum vasthoudt, kunnen we er beter over ophouden.' Anderzijds was hij ook onder de indruk van de uitgesproken wens van zijn patiënt.

Hij besloot een SCEN-arts in consult te vragen. Deze had een gesprek met de patiënt en diens gezin, dat Jacques steunde in zijn beslissing. Hij oordeelde dat er geen sprake was van een depressie en dat het verzoek vrijwillig en weloverwogen was. Wat betreft het lijden oordeelde de consulent dat leven met de dubbele onbehandelbare handicap in het zien en het lopen voor déze man, met zijn uitgesproken onafhankelijke levensstijl, ondraaglijk lijden betekende. Zijn conclusie luidde dat aan alle zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding was voldaan.

Hoopvol bezocht Jacques zijn huisarts. Deze voelde dat hij stervenshulp niet met zijn geweten in overeenstemming kon brengen en zei: 'Ik doe het nu niet, misschien later wel.' Hij belde de SCEN-consulent hierover, die vergeefs probeerde een andere arts te vinden die wel hulp bij zelfdoding zou willen verlenen.

Jacques ging met zijn vrouw en kinderen concrete plannen maken voor het stoppen met eten en drinken. Hij had een tweede gesprek met de adviseur voor zorgvuldige zelfdoding, die hem dringend aanraade een huisarts te zoeken die bereid zou zijn de palliatieve begeleiding daarbij op zich te nemen. Jacques wilde zelf niets meer aan zijn huisarts vragen maar zijn vrouw en dochter deden dit voor hem. De huisarts raakte zozeer onder de indruk van de kracht van de doodswens door Jacques' besluit te gaan stoppen met eten en drinken, dat hij zijn eerdere afwijzing ter discussie wilde stellen. In een lang gesprek met Jacques raakte hij overtuigd van diens authentieke doodsverlangen en beloofde op korte termijn hulp bij zelfdoding te verlenen. De korte termijn werd mede bepaald door het feit dat zijn waarneming in de praktijk ten einde liep. Jacques koos voor de eerste datum die de huisarts hem aanbood, twee dagen later, uit vrees dat deze zich opnieuw terug zou trekken.

Thuisgekomen kon de huisarts de slaap niet vatten. Hij zat in eigen ogen emotioneel klem doordat hij iemand zou helpen sterven die nog geen dodelijke ziekte had, en 'dat kon ik voor mezelf niet verantwoorden'. De volgende dag, 24 uur voor het afgespro-

ken tijdstip, kwam hij op zijn toezegging terug 'omdat ik niet zo snel van de apotheek de middelen kan krijgen, maar over vijf dagen zal ik bellen om te laten weten of het de volgende week wel doorgaat'. In het gezin van Jacques steeg de spanning met de dag. Op de vijfde dag zweeg de telefoon. Na zeven dagen kwam er een kort briefje dat de arts ervan afzag.

Jacques' vastbeslotenheid werd hierdoor alleen maar groter. Hij wist nu zeker dat hij, als het ging om zijn eigen dood, zich nooit meer afhankelijk wilde maken van de macht van een arts. Er werd afgesproken dat hij tijdens het versterven bij zijn vrouw thuis verzorgd zou worden. Zij vroeg haar huisarts, die tot Jacques' verhuizing ook zijn huisarts was geweest, of hij dagelijks langs wilde komen. Na uitleg hoe het met Jacques' eigen huisarts gelopen was, bleek hij bereid dit te doen maar benadrukte dat zij zelf zouden moeten aangeven wat er aan verzachtende medicijnen nodig was. Ook organiseerde zijn vrouw wijkverpleging en schakelde terminale thuiszorg in om te komen oppassen als er af en toe niemand van de gezinsleden aanwezig kon zijn. Via de Kruisvereniging kwam er een speciaal bed in huis.

Twee dagen na ontvangst van het noodlottige briefje at Jacques met vrouw en kinderen een afscheidsmaal. Hij nam het er goed van, tot en met het cognacje, maakte grapjes. Maar zijn mentale voorbereiding was duidelijk: 'Morgen begin ik. Sterven op je eigen tijd en zonder doktershulp is zwaar werk. Ik ben er klaar voor.'

#### *Het verloop van het versterven*

Dag 1 en 2: Jacques heeft veel minder last van dorst dan hij had verwacht: 'Als dit de moeilijkste fase is, zoals de adviseur zei, dan valt het mee.' Wel slaapt hij slecht en de nachten zonder drinken duren lang. Zijn vrouw en dochter verzorgen hem om beurten.

Dag 3 en 4: Ondanks mondverzorging met citroenwattenstokjes en ijsblokjes ontwikkelt hij blaasjes en wit slijm in de mond. Het slikken wordt door slijm bemoeilijkt. Aan de huisarts vraagt hij een slaapmiddel. Deze schrijft een klein formaat zetpil voor, die door de wijkverpleegkundige de volgende ochtend telkens in bed gevonden wordt. Door de uitputting vanwege gebrek aan slaap en door de mondinfectie zijn dit moeilijke dagen met innerlijke strijd: 'Hoe lang gaat dit duren? Ik ben het zat! Waar ga ik straks naar toe, is er niets meer of toch nog wel?' Geen enkele keer laat hij twijfel blijken over zijn besluit om met een leven zonder lopen en



zonder zien te willen stoppen. Het is mogelijk dat hij deze dagen via ijsblokjes of op onbewaakte momenten tijdens de lange nachten toch meer vocht binnenkrijgt dan hij bewust wil. In ieder geval plast hij meer dan te verwachten valt bij een complete stop met drinken. Niettemin blijft hij vastbesloten zich niet opnieuw afhankelijk te willen maken van een arts. Niet eten en drinken geeft hem het gevoel in staat te zijn om 'het' zelf te doen. Dat past bij zijn levensstijl. Maar de weg erheen valt hem zwaarder dan hij dacht.

Dag 5, 6 en 7: Vanaf de avond van dag 4 krijgt Jacques een groter formaat zetpil met 20 mg valium, waarop hij goed slaapt. Hij wordt overdag rustiger. Vanaf dag 6 lijkt het alsof de innerlijke strijd van de voorgaande dagen gestreden is. Hij aanvaardt nu ook dat er straks een fase komt waarin hij niet alles meer in de hand zal hebben. Daarmee ontstaat berusting en maakt hij weer grapjes, waardoor ook zijn beide dierbare verzorgsters ontspannen. Het slijm in mond en keel blijft zeer hinderlijk, maar hij is streng voor zichzelf en probeert tijdens bevochtiging van de mond geen druppel in te slikken. Hij verzwakt zichtbaar. Op dag 5 zegt de wijkverpleegkundige tegen de echtgenote dat zij aan de huisarts wat morfine kan vragen. Zij wil dit niet buiten haar man om doen en legt het hem voor, maar Jacques weigert categorisch iets aan de arts te vragen. De huisarts, die dagelijks langskomt, biedt uit zichzelf geen verzachtende medicatie aan. Tot op dag 7 rookt hij zijn sigaret of pijp en kijkt tv.

Dag 8: Hij spreekt over hoe het straks zal gaan als hij in coma raakt. 'Zorg jij dan voor me?' vraagt hij aan zijn dochter. Deze dag is hij onrustig, misschien door het besef straks niets meer in de hand te hebben. Op de avond van dag 8 geeft hij voor het laatst blijk interesse te hebben voor wat er om hem heen gebeurt.

Dag 9 en 10: Op de avond van dag 9 vraagt hij slechts hoe laat het is. Op de ochtend van dag 10 kan hij nauwelijks meer praten, maar knikt op concrete vragen nog wel ja of nee. De wijkverpleegkundige die het weekend vrij heeft neemt afscheid:

'Ik denk dat ik u niet meer zie.'

Jacques: 'Nee, dank.'

De huisarts vraagt of hij nog iets tegen zijn vrouw en dochter wil zeggen.

Jacques: 'Nee.'

Zijn zoon wordt gebeld om die avond langs te komen. Jacques is helder, maar spreekt niet meer. Hij neemt nog één trek van een hem aangeboden sigaret. Die nacht slaapt hij diep.

Dag 11: 's Ochtends heeft hij zijn ogen nog even open. Daarna reageert hij niet meer op aanspreken en ademt zwaar. Twintig minuten voor één, als zijn dochter bij hem is, stopt de ademhaling abrupt, komt nog even op gang en stopt dan voorgoed.

Het oordeel van de drie gezinsleden over versterven is slechts op één punt negatief: de palliatieve begeleiding was naar hun mening onvoldoende, met name op het punt van inadequate slaapmedicatie tijdens de eerste vier nachten. Ook was de mondverzorging onvoldoende, waarschijnlijk doordat in het begin de citroenwattenstokjes die voor het mondtoilet gebruikt werden te geconcentreerd waren.

Zijn dochter oordeelt dat deze weg naar de dood een buitengewoon intens afscheid mogelijk maakte, met name door de duur ervan, waarbij zij samen met hem meemaakte hoe hij van dag tot dag naar de dood toe leefde en zij hem meer nabij kwam dan ooit. Achteraf was zij voor zichzelf blij, niet voor Jacques, dat er geen euthanasie of hulp bij zelfdoding had plaatsgevonden omdat het proces van afscheid nemen in dat geval kort (minuten of uren) had geduurd. Zijn zoon vond het 'goed dat vader er zelf iets voor moest doen om dood te gaan'. Voor zijn vrouw lag het ingewikkelder: 'Door ons uit elkaar gaan en alles wat daarmee te maken had, zat er bij mij van binnen veel in de weg. Ik heb mijn gevoel in die laatste weken uitgeschakeld.'

## 2.2/ Rick, 35: 'Zelfdoding omringd door je familie'<sup>27</sup>

Rick overleed, 35 jaar oud, in een voor zijn invaliditeit aangepaste woning, waar hij, dankzij maximale inzet van professionele verzorgenden, zelfstandig had gewoond. Tot op het moment van zijn dood had hij een ruime kring vrienden en vriendinnen, ook bestond er een goed contact met zijn ouders en beide zusters. Voor zijn ziekte was hij actief op het terrein van musiceren, dansen (tango) en in een bestuursfunctie van een gezelligheidsvereniging.

de eerste verschijnselen van een progressieve degeneratieve aandoening van het zenuwstelsel die onbehandelbaar is. Aanvankelijk waren er alleen klachten met lopen, zodat hij een rolstoel nodig had. In die fase solliciteerde hij actief naar een baan, maar hoewel hij met uitstekende cijfers was afgestudeerd, gingen alle deuren voor hem dicht zodra men de naam van de ziekte vernam. Toen spoedig ook zijn gezichtsveld verminderde verdween ieder zicht op een baan en schakelde hij van lezen over op bandjes van de blindenbibliotheek. Later werden de oogspieren aangetast waardoor er een continue trilling van het gezichtsveld ontstond die dodelijk vermoeiend was. Een oogoperatie hiervoor mislukte. Hij bleef aan het leven gehecht maar sprak er met intimi over dat de grens bereikt zou zijn als hij niet meer zelfstandig zou kunnen wonen. Onduidelijk bleef wat hij precies van plan was.

Zijn zuster beschrijft Rick als een strijdbaar type met een sterk ontwikkeld rechtvaardigheidsgevoel. Toen de ziekte zich openbaarde had hij een vaste relatie met een vrouw met wie hij een eigen uitzendbureau wilde beginnen. Naarmate de ziekte vortschreed, werd zijn wereldje steeds kleiner doordat hij in toenemende mate gepreoccupeerd raakte met wat hij nog net wel of net niet meer kon. Hij besepte dat zijn vriendin naast haar drukke baan moeilijk echt geïnteresseerd kon blijven in zijn dagelijks geworstel om zich bijvoorbeeld aan en uit te kleden, of om een recept te lezen en te koken. Toen het tot hem doordrong dat hij haar onbedoeld in de weg zat bij haar verdere ontwikkeling, beëindigde hij de relatie. Ze bleven goed bevriend.

Vijf jaar voor zijn dood was Rick lid geworden van de NVVE, drie jaar later stelde hij op schrift dat 'niet meer zelfstandig kunnen wonen' voor hem de absolute grens zou zijn, waarbij hij hulp bij zelfdoding zou wensen. Hij sprak hierover uitvoerig met zijn huisarts, die meedeelde niet principieel afwijzend tegenover euthanasie te staan, maar dat in zijn ervaring er met hulpmiddelen en extra zorg altijd wel een oplossing te vinden zou zijn. Toen Rick bleef aandringen op duidelijkheid adviseerde de huisarts om naar een psychiater te gaan. Rick legde dat advies naast zich neer omdat hij in zijn studietijd een slechte ervaring had opgedaan met psychiatrische hulp. Ook zag hij niet in wat een psychiater kon veranderen aan zijn wens om in de toekomst te mogen sterven als hij niet meer zelfstandig kon blijven wonen.

Ongeveer een jaar voor zijn dood werd het hem duidelijk dat hulp bij zelfdoding voor zijn huisarts uitgesloten was zolang hij



geen continue pijn leed of op korte termijn dood ging. Vergeefs probeerde hij een andere huisarts te vinden die hem hierbij wel zou willen helpen.

Hij stelde zich op de hoogte van rechterlijke uitspraken over euthanasie. Daaronder was ook een geval waarin de rechtbank Den Haag reeds in 1985 de arts Admiraal had vrijgesproken die een vrouw met dezelfde ziekte een dodelijke injectie had gegeven en daarvoor was vrijgesproken. Tegenover zijn zuster klaagde hij dat huisartsen ofwel niet op de hoogte zijn van de mogelijkheden die de wet biedt, ofwel laf zijn. Als patiënt die invalide was met lopen en zien en daarbij telkens nieuwe gebreken ontwikkelde, voelde hij zich niet serieus genomen op het kernpunt waar voor hem de grens lag van een acceptabele kwaliteit van leven. Zelfdoding was op dat moment voor hem nog niet aan de orde, maar zijn zorg was dat geen arts hem dodelijke middelen zou geven als hij onmogelijk zelfstandig kon blijven wonen.

Via een van de landelijke verenigingen die zelfbeschikking rond het levenseinde accepteren zocht hij contact met een deskundige over de mogelijkheden voor een zelfstandige en humane zelfdoding. Deze bezocht hem in de laatste negen maanden van zijn leven acht keer en gaf de gewenste informatie. Ook bood zij aan te bemiddelen tussen Rick en de huisarts, maar deze laatste weigerde een gesprek met zijn drieën.

Een volgende fase van de ziekte brak aan toen hij niet meer kon plassen en een verblijfskatheter noodzakelijk werd. Gelijktijdig nam een spastische verlamming van de benen zulke vormen aan dat hij met beugels moest slapen om verwondingen te voorkomen. Een operatie hiervoor die meestal positief resultaat oplevert, mislukte eveneens. Na de vergeefse oogoperatie ontmoedigde deze tweede mislukking hem zeer.

Reeds lange tijd drongen zijn omgeving en de huisarts aan op een opname in het verpleeghuis, maar dit had hij telkens weer afgewezen. Het zelfstandig wonen behoorde in zijn ogen tot de harde ondergrens van een minimale kwaliteit van leven. Ten slotte liet hij zich overreden om op proef enkele weken in een verpleeghuis te wonen waar ook wat 'jongere' bewoners van rond de vijftig verbleven. Dit experiment maakte hem duidelijk dat hij met geen van de bewoners een gesprek kon voeren over dingen die hem interesseerden: 'Dit is een omgeving waar ik nog één of meer jaren alleen maar kan wachten tot ik tussen zes plankjes de deur uitga. Hier word ik gek!'

Een nieuwe handicap diende zich aan toen hij zijn ontlasting niet meer kon ophouden en last kreeg van diarree, zodat hij 's ochtends in zijn ontlasting lag te wachten op de wijkverpleging. Deze kwam inmiddels drie keer per dag bij hem thuis, evenals de fysiotherapeut. De grenzen van fatsoenlijke zorg aan huis kwamen in zicht of waren reeds overschreden.

Rick besloot voor het laatst aan zijn huisarts te vragen of hij nu tot hulp bij zelfdoding bereid was. Deze bracht een SCEN-arts met hem in contact. Na drie gesprekken zei deze dat zij niets voor hem kon doen 'want je huisarts wil geen hulp bij zelfdoding geven en als SCEN-arts mag ik het niet overnemen'. Rick vroeg zich af waarom ze 'mag' zei? Bedoelde zij dat ze als huisarts van Rick zelf wel dodelijke middelen zou geven? Het bleef gissen, maar haar verholten uitspraak dat in zijn situatie misschien wel aan de zorgvuldigheidseisen voldaan was, maakte de weigering van zijn eigen huisarts voor hem wrang. Hij voelde zich als een klein kind aan het lijntje gehouden door de afleidingsmanoeuvre van zijn huisarts om een tweede arts in te schakelen, terwijl hij blijkbaar al besloten had toch niet te zullen helpen bij de zelfdoding.

Ongebruikelijk snel sloeg de ziekte verder toe: hij werd kortademig doordat de verlamming zich uitbreidde naar enkele borstspieren. Ook werd het spreken moeizamer en leek het soms of hij met een dikke tong praatte, als een dronkelap. Hij kreeg moeite om een bekertje water naast het bed naar zijn mond te brengen. Tot overmaat van ramp liet hij een heet bord uit de magnetron op zijn borst vallen waarbij een brandwond ontstond. De huisarts bleef niet te vermurwen: 'Laat je opnemen in het verpleeghuis.'

Voor Rick was de maat nu vol. Hij besloot de hulp van derden in te roepen om dodelijke middelen in huis te krijgen. Aan iemand die hem regelmatig voorlas, verzocht hij om hem *Het Schotse boekje* van de NVVE voor te lezen. Met die kennis benaderde hij diverse vrienden om als Morpheus-koerier voor hem in het buitenland bepaalde medicijnen te verzamelen die in overdosis dodelijk zijn. Elk van hen kwam weer met andere redenen om hier niet aan mee te kunnen werken. Daarop maakte hij het plan om in zijn elektrische rolstoel bij een stille spoorwegovergang voor een trein te rijden. Het kleine risico dat daarbij alleen armen of benen verpletterd zouden worden, weerhield hem voorlopig hiervan.

Hij besprak deze wanhoopsoplossing met de adviseur voor waardig sterven. Deze nam contact op met een gepensioneerde arts die zij kende en stelde deze op de hoogte van Ricks toestand en



van de weigering door de huisarts. Een maand later ontving Rick via de post een pakketje waarin een doosje zat met 100 pillen. Daarbij was een getypt briefje waarop stond dat dit een dodelijke overdosis was van het middel x dat in *Het Schotse boekje* besproken wordt. Er stond geen afzender op, de postzegels waren Mexicaans. Opgelucht belde hij zijn zus dat hij nu voor zijn dood niet meer afhankelijk was van zijn arts.

Nu hadden vrienden en familie een probleem. Zijn zuster besefte dat Rick, nu hij de middelen in huis had, ieder moment kon besluiten deze te gebruiken omdat hij bang was dat hij binnenkort niet meer goed zou kunnen slikken. Toch voelde zij zich overvallen toen hij haar op een avond belde: 'Ik wil er een eind aan maken en ik wil weten of je bereid bent erbij te zijn om mijn hand vast te houden, zodat ik niet alleen ben.' Zij antwoordde 'ja', maar vroeg tevens uitstel om met de huisarts en de gezinsleden te kunnen overleggen. De huisarts bleek van meerdere kanten gehoord te hebben dat Rick vandaag of morgen een einde aan zijn leven zou maken, doordat hij aan meerdere intieme vrienden gevraagd had of die 'erbij' wilden zijn. Allen hadden geweigerd of om uitstel gevraagd, een enkeling had de huisarts gebeld. Eén vriendin zei hem dat zij overwoog de politie te bellen. Teleurgesteld in haar overlegde Rick met de adviseur. Deze belde de vriendin en wees haar op de gevolgen voor Rick als zij diens voornemen zou proberen te verhinderen. De vriendin zag er toen van af.

Ricks zuster besloot de huisarts te bellen:

'Grijpt u in?'

'Nee, ik grijp niet in, want als hij dit wil is dat zijn zaak. Maar als u de politie wilt bellen, is dat uw zaak.'

Zij begreep de huisarts niet. Eerst zijn weigering terwijl de SCEN-arts had laten doorschemeren dat een andere huisarts Rick wel hulp bij zelfdoding zou geven omdat aan de zorgvuldigheidseisen voldaan leek. En nu het idee dat zij de politie zou willen bellen.

Op een dag begon Rick zonder verder iemand iets te vragen met de antibraakmiddelen. Volgens *Het Schotse boekje* moet daar tijdig mee begonnen worden. Wel belde hij zijn zus om haar dit mee te delen. Voor haar klopte dit abrupte begin met de voorbereidingen met wat hij al vaker had gezegd: 'Als ik wil stoppen, heb ik niemand iets uit te leggen! Dit is mijn leven.' Bovendien leek dit tijdstip met enige zorg gekozen want hij wist dat de volgende dag zijn zuster van plan was langs te komen om met hem en de andere gezinsleden te praten. Er werd druk heen en weer getelefoneerd. Voor allen



was het op dat moment nog onduidelijk of hij zijn zelfdoding nu ook daadwerkelijk zou doorzetten. Ook was nog onduidelijk wie van hen bij de zelfdoding aanwezig wilde blijven, als Rick er mee doorging.

De volgende dag bleken alle gezinsleden onafhankelijk van elkaar besloten te hebben dat, als het echt zou gebeuren, ze bij hem wilden blijven, hoezeer met name zijn moeder zich ook van streek voelde. Rick had hier zo vaak met haar over gesproken, maar voor haar was dit altijd theorie gebleven, niet iets dat zij ooit echt zou hoeven meemaken. In tegenstelling tot wat zij vroeger had verwacht, bleek haar christelijke geloof, nu het moment daar was, gevoelsmatig geen beletsel om de laatste uren bij haar zoon te waken. Een van hen verwoordde goed wat allen dachten: 'Ik ben het niet met zijn keus eens, maar ik hóef het daar ook niet mee eens te zijn, want het is zijn keus.'

Toen zijn zuster in Ricks huis aankwam, bleek hij vastbesloten om nu door te zetten. Hij toonde de 'zware pillen' die hij in huis had, en legde uit dat een plastic zak over zijn hoofd daarbij niet nodig was. Steeds benadrukte hij dat niemand hem bij het innemen mocht helpen om later niet in moeilijkheden te komen. Zijn opgewekte stemming werkte aanstekelijk: 'Ik voel me heerlijk na jaren geploeter, zoals ik me vroeger voelde als ik eindelijk op vakantie ging.' Na aankomst van de overige gezinsleden werd er ongeveer een half uur over koetjes en kalfjes gepraat, terwijl Rick muziek draaide van zijn favoriete soulzangeres.

Daarna kwam het moment dat hij zijn zus vroeg hem in bed te helpen en vervolgens in de kamer ernaast bij de anderen te gaan zitten. Hij wilde dat de deuren tussen beide kamers open bleven. Zij zag Rick met zijn stuurloze, wapperende handen bezig met een kommetje vla en een fles cognac, wat hij anders nooit dronk. Even later riep hij haar bij zich: 'Het is klaar. Wil je me recht leggen? Ik word erg moe. Wil je de anderen vragen een voor een bij me te komen?' Om beurten hield ieder een ogenblik zijn hand vast. Als laatste kwam zijn zus en legde haar hand op zijn voorhoofd. Hij keek haar zo rustig en blij aan en zei: 'Jullie mogen echt niks doen. Het kan wel lang duren maar bel niet te snel de dokter, pas als ik een tijdje dood ben. Blijf je in de buurt?'

Het werd heel stil in de kamer, allen hoorden hem ademen. Geluiden van buiten, spelende kinderen, een auto, drongen in de kamer door. Plotseling opende Rick de ogen, pakte de telefoon naast zijn bed en belde de buurvrouw: 'Wil je je zoontje vragen

binnen te komen, hij maakt buiten zoveel lawaai.' Kort daarna leek hij in slaap. Geleidelijk werd de ademhaling heel diep en stakte na ongeveer anderhalf uur. Daarop werd hij lijkbleek.

Met zijn verzoek in gedachten belde zijn zus pas een half uur later de huisarts, die de lijkschouwer waarschuwde. Al spoedig liepen er ook vijf politiemensen door het huis die overal foto's maakten. Een rechercheur las de euthanasieverklaring en de verklaring van weigering van alle behandeling die Rick naast zijn bed had gelegd. Hij vroeg hen wat er was gebeurd. Daarna belde de rechercheur met de huisarts die vertelde dat hij van Ricks plan op de hoogte was en geen reden had gezien om dit met dwang te verhinderen: 'Zelfdoding door een wilsbekwaam persoon is volgens de Nederlandse wet immers niet verboden.'

De rechercheur kondigde aan dat ze de volgende dag verhoord zouden worden en belde met de officier van justitie. Nog diezelfde avond werd het lijk vrijgegeven voor de begrafenis. Zijn zuster voelde zich niet belast door het politieonderzoek: 'Het was geen gewone dood, onderzoek of er een misdrijf in het spel was, is alleen maar een geruststelling. De politie was correct en vriendelijk.'

De volgende ochtend werden alle gezinsleden afzonderlijk verhoord. Buren die Rick vaak geholpen hadden, kwamen vragen: 'Hij heeft het toch niet met een plastic zak hoeven doen?' Achteraf waren alle gezinsleden blij dat Rick zijn besluit nog diezelfde dag had doorgezet, ook al had dit hen in eerste instantie nogal overvallen. Het leek hun bij nader inzien dat de belasting om te moeten wachten tot een later tijdstip groter zou zijn geweest.

Op de begrafenis werd Ricks afscheidsbrief voorgelezen:

'...Ik wil alleen nog maar zeggen: mensen, allen die hier aanwezig zijn of aanwezig wilden zijn: treur niet want ik ben uit mijn lijden verlost. Zie mij op dit moment met een glimlach op mijn gezicht. Allen bedankt.'

### 2.3/ René, 33: 'Je familie laat je niet in de steek'<sup>28</sup>

René was een leergierig kind, serieus, een beetje een piekeraar die zich aantrok wat er in de wereld gebeurde. Zijn grote liefde was basketbal, daarin kon hij helemaal opgaan. Op de havo kon hij goed meekomen tot hij abrupt veranderde toen hij zestien was. Hij werd angstig, durfde niet meer naar school te gaan en trok zich



terug op zijn kamer. Al gauw lag hij wekenlang op bed, de enige plaats waar hij zich nog een beetje veilig voelde.

Dat was de reden voor zijn eerste psychiatrische opname. Hij werd behandeld met een middel tegen psychose in een hoge dosering. Toen dat onvoldoende hielp, werd René overgeplaatst naar de adolescentenafdeling van een academisch centrum. Een jaar lang kreeg hij om de veertien dagen met zijn ouders gezinsterapie van twee zeer ervaren psychiaters. Volgens hen leed hij aan een depersonalisatie-syndroom. Op zijn vraag of dat ooit over zou gaan, luidde het hoopvolle antwoord: 'Ik heb nog nooit gezien dat het niet overging.' Tegelijkertijd werden er diverse antipsychotica geprobeerd, vaak ook in combinatie met antidepressiva met soms daarbij ook lithium. Alle behandelingen hadden geen of nauwelijks resultaat. Op momenten dat hij wat minder angstig leek, voelde hij zich toch 'als een robot, ik beleef nergens iets aan, ik ben een levende dode'. Alleen van eten kon hij nog wel genieten. Veel later is nog sprake geweest van elektroshock-therapie; de psychiater en René zagen daar niet veel in, moeder had het graag een kans willen geven.

Na de kliniek volgde jarenlang intensieve dagbehandeling met daarbij mavo-onderwijs in de avonduren. Doordat René zich niet kon concentreren, lukte het niet het diploma te halen. In de loop der jaren varieerde de intensiteit van zijn angsten, maar hij bleef dagelijks last houden van een kwellende gevoelsleegte, alsof zijn leven zich in een film afspeelde. Het meest pijnlijk was zijn vreemding van de vroegere René, die zo anders voelde en dacht dan de René in wie hij zich jaar in jaar uit opgesloten voelde.

Na ontslag uit de dagbehandeling woonde hij weer bij zijn ouders thuis. Een artikel in de krant over een nieuwe behandeling met endorfinen leidde tot twee korte opnames in een ander academisch centrum waar hij een experimentele behandeling ontving. Toen deze geen resultaat had, zocht hij een tijdlang hulp in het alternatieve circuit (magnetiseur, homeopaat), zonder verbetering. Uiteindelijk werd hij opgenomen in een grote psychiatrische instelling, waar hij met onderbrekingen meer dan tien jaar verbleef. Een poging om daar in een eigen huisje zelfstandig te wonen, mislukte doordat hij te angstig werd als hij alleen was. Ook werken op een stageplek mislukte.

Ieder weekend en alle vakanties en feestdagen bracht René thuis bij zijn ouders door. Ze probeerden op alle mogelijke manieren – via uitstapjes, musea, films – om hem op andere gedachten of



gevoelens te brengen, maar het lukte niet. Anders dan vele andere patiënten met een chronisch psychiatrische ziekte, kon René zich niet neerleggen bij de onherstelbare breuk in zijn leven die geleid had tot het verlies van zijn oude zelfgevoel. De opstandigheid tegen zijn lot werd sterker naarmate hij ouder werd en de hoop op verbetering, die zijn behandelaars hem voorhielden, in zijn ogen ongeloofwaardig werd: 'Je kan beter K hebben, dan weet je waar je aan toe bent.'

Toen hij 28 was begon hij erover te praten dat hij zó niet oud wilde worden en dat hij er een eind aan zou maken als hij op zijn dertigste niet verbeterd zou zijn. Regelmatig smeekte hij zijn ouders of ze hem niet alleen wilden laten als hij er ooit een einde aan zou maken. Dit leek hen zo ondenkbaar en vreselijk, dat ze verzekerden hem nooit alleen te zullen laten. Zijn broer kon er wel inkomen dat het leven niet meer hoeft als je na vijftien jaar vergeefse behandeling nergens meer van kunt genieten.

Toen René eenmaal dertig was en zich nog steeds even leeg van binnen voelde, kwam hij tot wanhoopsdaden: hij liep een sloot in, deed een wurgpoging op een plek waar de kans op ontdekking groot was, weer een andere keer nam hij binnen de instelling een overdosis medicijnen in. Tenslotte ging hij in hongerstaking en hield dit drie maanden vol. Hij viel dertig kilo af maar stopte ermee toen de psychiater tegen hem zei: 'Wij zullen alles op alles zetten om je in leven te houden, als het moet verklaren we je wilsonbekwaam en geven je sondevoeding, of je dat nu goed vindt of niet.' Eén keer had René de moed zijn psychiater te vragen om hulp bij zelfdoding, maar die nam de vraag niet serieus: 'Misschien wil jij dood, maar ik laat je niet gaan.'

Het was in die tijd, toen zijn wanhoop over dit 'dooie leven' tot uiting kwam in de langdurige weigering te eten, dat zijn moeder tegen hem zei: 'Jezelf uitmergelen is onmenselijk. Zorg dat je niet wilsonbekwaam verklaard wordt, dan kan je tenminste zélf beslissen en stappen ondernemen.'

Na zijn eenendertigste verjaardag begon René concreter te denken over zijn zelfgekozen dood. Een nieuwe psychiatrisch assistent in opleiding, die hem behandelde, moet van zijn wanhoop iets gemerkt hebben want zij probeerde hem nog over te halen het een jaar langer te proberen: 'Ik wil me ervoor inzetten dat jij wordt zoals ik nu ben.' René vond dat ongeloofwaardig, hij had al zoveel assistenten zien komen en gaan met al hun goede bedoelingen. Na een jaartje optimistisch tegen hem aanpraten vertrokken ze weer.

Hij nam zich voor bij zijn ouders te gaan wonen en 'het' daar te doen. In de loop der jaren binnen de instelling had hij geleerd hoe hij een tijdje zo toneel moest spelen dat hij weer ontslagen zou worden. Met ambulante nazorg vertrok hij naar zijn ouderlijk huis.

René was al jaren niet meer duidelijk psychotisch en had ook de volgende stap doordacht. Hij sprak hierover met zijn huisarts en vroeg hoe hij zich op humane wijze kon doden. Deze probeerde hem op andere gedachten te brengen en maakte duidelijk dat hij nooit hulp daarbij zou geven. René was erg teleurgesteld in zijn arts maar liet zich niet van zijn doel afbrengen. Onder psychiatrische patiënten circuleren er kopieën van fragmenten uit *Het Schotse boekje*, waarvan hij er al gauw één te pakken had. René las het en besloot een van de daarin genoemde middelen te gaan verzamelen.

Tijdens een weekje met zijn ouders in een vakantiebungalow bezocht hij samen met zijn vader enkele apotheken in het buitenland, in de hoop daar met wat smoesjes de nodige pillen te krijgen. Dit mislukte en dat ontmoedigde hem zeer. Zijn broer wilde hem helpen in de hoop dat het René rust zou geven als hij de pillen in huis zou hebben en verzamelde samen met René's vader in twee buitenlandse apotheken de dosis die nodig was. René zelf spaarde het juiste slaapmiddel dat door *Het Schotse boekje* aanbevolen werd om in combinatie met deze dodelijke middelen in te nemen. Behalve het antibraakmiddel had hij nu alles in huis.

Nu het zo dichtbij kwam, begonnen zijn ouders bezwaren te maken: 'We hebben je niet op de wereld gezet om je op die manier te laten gaan.' René: 'Laat je me dan op het laatst in de steek?' Zij voelden zich verscheurd: tegenover het gevoel 'Dat mag je niet van ons vragen', stond 'We laten je niet in de steek.' Toen René een keer de indruk kreeg dat zijn vader hem bij een poging tot zelfdoding alleen zou laten, vloog hij huilend op hem af: 'Dat mag je niet doen!' Zijn ouders wisten niet waar ze met hun dilemma terecht konden door de weigering van de behandelend psychiater, die geen enkele ruimte liet om het onderwerp te bespreken.

René plande een datum, zijn ouders vonden telkens reden voor uitstel. Eerst was er net een familielid jarig, 'die je dat op zijn verjaardag toch niet kan aandoen'. Vervolgens werd de hond die René zeventien jaar geleden als puppy had gekregen, zo ziek dat er een afspraak met de dierenarts gemaakt moest worden om hem te laten inslapen. René volgde iedere beweging van de arts en vroeg

na afloop: 'Dolo krijgt dat wél, bij hem mag het wél, waarom ik niet?'

René ging bij familieleden langs om afscheid te nemen, al benoemde hij dat niet zo. Hij schreef aan enkelen van hen een afscheidsbrief die zijn overwegingen weergeeft (interpunctie en spelling in het origineel):

'Bedankt voor het begrip wat u d.m.v. een brief heeft getoond aan mijn ouders en mij. Het gaat niet zo goed met mij ik ben nu zo'n 17 jaar ziek en heb alles geprobeerd om beter te worden helaas is dit niet gelukt. Van het begin af aan wist ik al dat ik erg ziek was maar voor jezelf en anderen moet je toch proberen beter te worden.

Het meest frustrerende vind ik dat ik wel weet hoe ik me zou moeten voelen. Ik had een intelligente man geweest met heel veel interesses en mogelijkheden, dit is een heel zwaar rouwproces, wel zou ik met minder ook genoeg nemen, maar met deze functie stoornis valt erg moeilijk te leven (niet te leven). Ik ben m'n ouders erg dankbaar en broer dat ze al die jaren me zijn blijven steunen en me niet los gelaten hebben, dit maak je niet veel mee.

Het is allemaal verdrietig, vreselijk en jammer dat het zo gelopen is.

M'n ziekte is erg slopend in de afgelopen jaren heb ik de meest verschrikkelijke dingen meegemaakt, uit wanhoop heb ik verschillende keren geprobeerd een eind aan m'n leven te maken.

Momenteel ben ik thuis en zonder dat ik er echt zin in heb probeer ik deze laatste tijd door te komen. Doe de laatste tijd wel veel: fietsen, schaken, wandelen ook in Amsterdam en schrijven en tennissen met mijn broer, één van de beste mensen die ik ooit gekend heb. Komend week-end ga ik met mijn ouders op stap. Ondanks dat ik niet gelovig ben gaan we naar een bedevaartsplaats, we hopen op een wonder.

Ben blij dat ik de afgelopen tijd m'n familie gezien heb.

De beslissingen die ik over een tijdje neem, neem ik omdat ik mezelf een te goed en waardevol persoon vind en dat mijn toestand en prognose er niet gunstig uit ziet, om zo verder te leven.

Ik wens jullie heel veel liefde kracht en wijsheid en geluk in jullie verdere leven.

Met groeten van René.'

Pas in deze fase zocht zijn vader telefonisch contact met een vereniging voor waardig sterven met de vraag of het antibraakmiddel



dat ze in huis hadden wel doeltreffend zou zijn. De adviseur merkte op dat vader wanhopig klonk en dat alles al geregeld leek te zijn: 'Mijn zoon wil in het komend weekend tot zelfdoding overgaan.' De adviseur voerde de volgende dag een lang telefoongesprek met moeder. Zij adviseerde een ander antibraakmiddel, in de hoop tijd te winnen. Vader vroeg dit aan de huisarts, die daarop langs kwam, met René praatte en uitstel wist te bereiken. Daarop maakt vader een afspraak voor een gezamenlijk gesprek met een voorlichter over methoden van humane zelfdoding.

Deze sprak eerst met René afzonderlijk om uit te zoeken of zijn doodswens vrijwillig was of er druk vanuit de omgeving bestond. René maakte duidelijk dat dit niet het geval was. Hij vertelde samenhangend zijn verhaal zoals dat ook uit bovenstaande brief naar voren komt. Tijdens het gesprek zei hij af en toe dingen die erop wezen dat zijn realiteitsbesef gestoord was. Zo had hij de laatste tijd de overtuiging dat er een bepaalde druk op zijn vinger werd uitgeoefend. Hij vroeg of deze druk ervoor kon zorgen dat hij bij de zelfdoding niet in slaap zou vallen. En bij het afscheid vroeg hij of het waar kon zijn dat er een klein rood beestje in zijn vinger zat.

Aansluitend voegden de ouders zich bij het gesprek. Daarin kwam de opstelling van de huisarts ter sprake, die niet bereid was tot hulp bij zelfdoding en die gezegd had dat hij René zou laten opnemen wanneer hij na een zelfdodingspoging nog in leven zou zijn. De consulent probeerde hen te helpen samen te praten over de verschillende complicaties die zich tijdens de uitvoering zouden kunnen voordoen. Moeder stelde voor nog haptonomie te proberen, wat René geërgerd afwees. Aan het eind van dat gesprek gingen de ouders de kamer uit en bleef René achter om het precieze scenario voor de uitvoering op te schrijven dat de voorlichter mondeling verstrekke: tijdig beginnen met antibraakmiddelen om de paar uur; de middelen innemen met een kleine hoeveelheid vla of yoghurt, in combinatie met alcohol; en het gereed leggen van een niet-behandelverklaring, met daarbij het schriftelijk benoemen van een gemachtigde.<sup>29</sup> De voorlichter bood bij het afscheid aan dat hij nog een keer zou komen praten. René reageerde dat het nu relatief goed met hem ging omdat hij concreet bezig was met het voorbereiden van zijn zelfdoding. Na afloop van het gesprek noteerde de consulent dat het uitzonderlijk is dat hij pas in een zo late fase bij het proces betrokken raakte: 'Vrijwel alle kennis en middelen waren al aanwezig.' Twaalf dagen later bracht de post het overlijdensbericht.

René plande een nieuwe datum. Zijn ouders voelden zich volledig klem zitten en grepen iedere mogelijke reden aan om het niet nú te doen. René stelde voor het dan maar alleen in een hotelletje te doen, of om 'gewoon van een flat te springen'. Moeder stelde nieuwe medicijnen voor maar René geloofde er niet meer in, hij had de nieuwste antipsychotica geprobeerd. Een antidepressivum waarmee hij nog maar kort tevoren begonnen was, bracht volgens zijn ouders enige verbetering, maar hij vond van niet. De psychiater had zijn grens duidelijk aangegeven: nooit hulp bij zelfdoding. Na zoveel jaren vervreemd van zichzelf en van ieder gevoel, wilde hij het zelf doen – als hij daarbij maar niet alleen hoefde te zijn. Op schrift probeerde hij nogmaals zijn beslissing te verduidelijken. Enkele fragmenten:

'Ik vind het echt vreselijk dat ik in dit leven niet de harmonie en liefde met jullie [ouders en broer] heb kunnen delen.

Beschouw mezelf als het ware als een levende dode, die niets aan het leven kan hebben. Weet van mezelf als dit nog langer duurt, hoe ik ook vecht ervoor waar ik al die jaren al mee bezig ben, er geen uitzicht is op verbetering. Dit lijden is voor mij ondragelijk en onaanvaardbaar. Weiger op deze wijze verder te leven! Wens daarom een menswaardige dood. Houd het eigenlijk geen dag meer uit. Liever nu dood dan morgen.

Eén ding is zeker: ik wil van mijn lijden af en ik ben er van overtuigd dat ik alles geprobeerd heb te doen.

Euthanasie is dacht ik niet mogelijk [doorgehaald: schijnt bij mij niet mogelijk te zijn] dus moet ik er zelf een eind aan maken.

Als ik stop met eten en drinken word dat in in mijn geval dan toegestaan? Dan zal ik een andere manier moeten vinden.'

Op een avond dat zijn broer met diens vriendin er was, ging hij naar zijn kamer met doosjes medicijnen en een kommetje vla. Hij wilde niet dat er iemand bij was als hij dat in zou nemen. Zijn broer had niet verwacht dat het die avond zou gebeuren, het was al zo vaak uitgesteld. Een half uur later kwam René de trap af en nam van ieder afscheid met dezelfde woorden: 'ik houd van je'. Daarbij keek hij ieder recht in de ogen. Terwijl hij weer naar boven liep zei hij: 'Jullie hoeven niet steeds bij me te blijven, als je maar af en toe even komt kijken.' Zijn broer dacht: 'Ik wil hem niet tegen houden, hij heeft de vrijheid om dit te doen, net zoals ik die ook heb.' De vriendin masseerde René een tijdlang terwijl hij op bed lag en zijn



moeder en broer erbij zaten. Zijn vader hield het boven niet uit, voelde zich te verscheurd. Later zaten ze even beneden toen er plotseling boven een harde bons klonk, hij was van bed gevallen en lag met verkrampte spieren op de grond. Moeder vroeg: 'Wil ik de ambulance bellen?' René schudde van nee. Ze legden hem op bed, de vriendin van zijn broer masseerde hem, hij begon dieper te ademen. Zijn moeder hield zijn hand vast en vroeg: 'Als je wil dat we je naar het ziekenhuis brengen, hoef je alleen maar in mijn hand te knijpen.' Hij zei: 'Niet doen.' Om beurten hield iemand zijn hand vast. Na een tijdje leek René diep in slaap. Plotseling kwam er een vreemd geluid uit zijn borst. Moeder vloog naar de telefoon in de andere kamer en belde de ambulance, wist niet wat ze mocht vragen: 'Mijn zoon heeft tabletten ingenomen. Ik wil niet dat hij lijdt, maar u mag niets doen want hij heeft een behandelverbod naast zich liggen!' De ambulancebroeder zei dat ze beter eerst een huisarts kon laten komen. Op dat moment riep zijn broer die naast René zat: 'Het is voorbij.' Hij ademde niet meer.

Moeder belde de politie en de dienstdoende lijkschouwer. Dat bleek toevallig hun eigen huisarts te zijn, met wie René al eerder gesproken had over zijn doodswens en voor wie René dat ook op schrift had gezet. De huisarts had toen gezegd dat hij daar niet aan mee wilde werken. De onderzoeker hoorde wat er gebeurd was en vroeg de ouders: 'Waarom heeft u niets anders gedaan dan erbij zitten?' De huisarts vertelde dat René dit al zo lang gewent had. Die nacht werden allen apart verhoord. De volgende ochtend werd het lichaam vrijgegeven. René had opgeschreven hoe hij de begrafenis wenste.

De ouders kregen rouwbegeleiding van een psycholoog die verbonden is aan een vereniging voor waardig sterven. Daarnaast gaat moeder al jaren naar een lotgenotengroep voor ouders van schizofrene kinderen die door suïcide om het leven gekomen zijn. Sommigen zeggen dat ze haar benijden: 'Jij hebt je kind niet voor de trein verloren, zoals wij onze jongen.' Anderen reageren: 'Hoe kon je daarbij zijn, hoe kun je je eigen kind helpen?' Vader voelt zich 'een halve crimineel. Na zoveel jaar met René stonden wij op afknappen. Bij wie konden we voor zijn doodswens terecht, zonder hem in de steek te hoeven laten?' Zijn broer heeft geen slecht gevoel over hoe het gegaan is: 'Ik heb minder dan mijn ouders last van een gevoel van falen.' Ze missen hem nog elke dag: 'Het was een fijne zoon en een heel bijzonder mens.'



### 3/ Zelfdoding in eigen kring: een aparte configuratie

De overgrote meerderheid van de 1500 zelfdodingen die jaarlijks in Nederland worden geregistreerd, komt onverwacht. Wel zijn er bijna altijd signalen naar de omgeving geweest. Het voornemen tot zelfdoding houdt de persoon vaak al lange tijd bezig en is ook onderwerp van gesprek met anderen. Maar de keuze van het moment om tot zelfdoding over te gaan, komt meestal impulsief tot stand, afhankelijk van toevallige omstandigheden. Daarbij vindt de zelfdoding haast per definitie altijd alleen plaats, want wie erbij aanwezig is zal de uitvoering proberen te verhinderen. Zelden of nooit is er een afweging gemaakt van alternatieven op grond van juiste informatie over behandelingsmogelijkheden.<sup>30</sup>

Hoe anders verliepen de zelfdodingen van Rick, Jacques en René. Een aantal aspecten zal ik nu bespreken. Deze aspecten treft men bij andere zelfdodingen wel afzonderlijk aan, maar niet in combinatie. Dat andere beloop van de zelfdoding blijkt niet in de eerste plaats het gevolg te zijn van het optreden van de adviseur. Vooral de dierbaren spelen een geheel andere rol dan bij de meeste zelfdodingen.

De helft van de twintig gevallen van dit onderzoek vond plaats 'in eigen kring',<sup>31</sup> dat wil zeggen in aanwezigheid van ten minste één dierbare, de intimus. Bij Jacques waren er drie intimi rond het sterfbed aanwezig (echtgenote en beide kinderen), bij Rick waren dat er vijf (ouders, broer, zuster met partner), bij René vier (ouders, broer en partner).

Behalve hun aanwezigheid valt op hoe er uitvoerig overlegd wordt met familie, partner of vrienden. Dat overleg begint al in een vroeg stadium, jaren voor de uitvoering van de zelfdoding. Jacques praat aanvankelijk vooral op zijn dochter in. Rick zoekt bevestiging bij zijn zuster en enkele vrienden voor zijn idee zich te doden als hij niet meer in zijn eigen huis kan leven. René bestoekt zijn ouders en broer met zijn wens niet verder te hoeven leven als een emotionele invalide.

Naarmate de zelfdoding dichterbij komt, raakt de kring intimi die in vertrouwen is genomen als een kat in het nauw. Jacques' dochter dringt erop aan dat hij er ook met haar moeder en broer

over praat, zij wil niet als enige de last van dit weten dragen. Jacques stelt zich zo dwingend en eisend op naar de huisarts, dat zijn vrouw en dochter de rol van tolk op zich nemen. Maar ook zichzelf krijgen van Jacques weinig ruimte voor hun eigen proces van dreigend verlies en afscheid, keer op keer zet hij hen voor het blok dat het nú moet gaan gebeuren. Afhankelijkheid is voor Jacques onverdraaglijk. Als hij ten slotte de regie volledig in handen neemt door te stoppen met eten en drinken, kiest hij paradoxaal genoeg een weg die in de laatste levensdagen leidt tot complete afhankelijkheid.

De vrienden van Rick raken in grote verlegenheid met de rol die hij hun toedenkt bij zijn vraag om hulp bij het verzamelen van middelen. Ze verzinnen doorzichtige smoesjes om eronderuit te komen. Vervolgens weten ze niet meer hoe ze het hebben als Rick hen op een dag overvalt met de vraag om bij zijn zelfdoding aanwezig te zijn. Rick is teleurgesteld als blijkt dat vrienden met wie hij hierover heeft gesproken, nooit begrepen hebben dat het hem ernst was en nu niet bij zijn dood aanwezig willen of durven zijn. Zelfs dreigen zij in zijn ogen verraad te plegen door te overwegen zijn huisarts of de politie te bellen met de vraag of er niet ingegrepen moet worden. Iedereen belt met iedereen want niemand heeft ervaring met deze compleet nieuwe situatie: openlijk je zelfdoding aankondigen en daar intimi bij uitnodigen, alsof het gaat om een publieke sterfbedscène, zoals die in de middeleeuwen gebruikelijk was.<sup>32</sup>

De enige die hiermee enige ervaring schijnt te hebben, de adviseur, steunt als een advocaat Rick in zijn onderhandeling met een vriendin die de politie wil bellen en met de huisarts, die er de voorkeur aan geeft het pleidooi uit de weg te gaan. Op voorspraak van de adviseur krijgt Rick, die zelf niet meer op reis kan en wiens vrienden hiervoor terugschrikken, vanuit het buitenland de dodelijke middelen toegezonden via een anonieme tussenpersoon, een koerier van Morpheus.

René houdt zijn ouders in een emotionele houdgreep: eerst beloven zij hem dat zij hem nooit in de steek te zullen laten als hij dood zou willen. Hun hoop is hem hiermee een klein beetje vertrouwen in de toekomst met hen sámen te geven, hoe gemankeerd hij zich ook moge voelen. Vervolgens wordt hun solidariteit met deze geliefde zoon tot het uiterste aangescherpt als ze zien hoe hij zich maandenlang langzaam dood probeert te hongeren op de psychiatrische afdeling en daarbij oploopt tegen een niet onderhandel-

baar 'njet!' Tenslotte worden zijzelf op de pijnbank gelegd als René, in het ouderlijk huis, het scenario in gang zet dat op hun aandringen al zo vaak was uitgesteld.

Zelfdoding in eigen kring verloopt aldus in een langdurige worsteling met dierbaren, bij wie loyaliteit met, en heimelijk of openlijk verzet tegen de zelfdoder elkaar afwisselen. Sommige dierbaren, bijvoorbeeld René's broer, hadden van deze ambivalentie minder last omdat zij menen dat ze dezelfde keus als de overledene gemaakt zouden hebben.

Toch valt er veel innerlijke verdeeldheid bij de intimi te beluisteren. Opvallend is hoe terughoudend de nabestaanden over hun strijd met zichzelf en met de zelfdoder spreken, ook jaren later nog. Het lijkt of zij geen afbreuk willen doen aan de glansrol van de zelfbeschikker en daarom hun gevoel afgewezen te zijn of hun verwijten liever bedekt laten doorschemeren aan een buitenstaander, tussen de regels van hun verslag door. Hun loyaliteit was groot door – *contre coeur* – mee te gaan naar de rand van de afgrond en getuige te zijn van de sprong in de diepte. Die loyaliteit blijft ook na de dood onverminderd aanwezig, soms ten koste van henzelf.

Een tweede aspect bij deze zelfdodingen is prominent aanwezig. Dit wordt uitgedrukt in een bezwerende formulering: de eigen dood moet plaatsvinden op *humane, waardige wijze*. Deze formule heeft een bezwerend karakter omdat allen de 'verkeerde' dood ermee willen afwenden, terwijl de concrete invulling van 'humaan' of 'waardig' sterven zo divers blijkt te zijn.

Zo hadden Jacques en Rick uiteenlopende opvattingen over wat 'waardig sterven' is. Jacques vond, wanneer hij geen hulp van de huisarts kreeg, versterven het enige echt waardige. Met smoesjes clandestien dodelijke middelen verzamelen, stuitte hem zozeer tegen de borst dat hij er zelfs niet aan wilde denken. Een aantal dagen dorsten vond hij verenigbaar met een waardige dood, terwijl anderen dat mensonterend vinden.

Voor Rick betekende humaan sterven, dat hij met een overdosis medicijnen rustig zou inslapen en daarna overlijden. Hij vond het niet van belang dat de sleutelbewaker van de medicijnkast daartoe om de tuin geleid moest worden. Vermoedelijk bedoelde hij met humaan ook dat hij geen pijn of benauwdheid zou hoeven ervaren tussen het innemen van de middelen en zijn overlijden. Want overlijden met ernstig ongemak, geldt vandaag de dag als 'onwaardig' en is – voor het eerst in de geschiedenis van de mensheid –



dankzij vele palliatieve verworvenheden ook vaak onnodig.

Voor René maakte het minder uit of hij doodging door hongeren of met een overdosis medicijnen, als hij zichzelf en zijn ouders het maar niet aan hoefde te doen om voor de trein te springen en zo een inhumane dood te sterven.

In de moderne westerse wereld bestaat een tendens om slechts die dood als humaan of waardig te bestempelen, die zonder ernstig lijden en zonder vermindering intreedt. Men hoeft niet ver te zoeken in het verleden om te zien hoe het begrip 'eer', of het verlies daarvan, tot ruim een eeuw geleden bepalend was voor wat als waardig sterven gold. Althans voor mannen, die liever met het pistool in de hand stierven dan hun eer te verliezen.<sup>33</sup> Gaan we verder terug in de tijd dan blijkt dat onze 'humane' zelfdoding met vergif, in de oudheid juist als 'laf' gold, een 'vrouwenmethode', aldus het oordeel van de mannelijke geschiedschrijvers van een samenleving van krijgers.<sup>34</sup> Tenzij men Socrates navolgde, wiens enscenering van zijn opgelegde 'zelfdoding' voor vele generaties model bleef staan.<sup>35</sup>

In de betekenisverschuiving waardoor vandaag de dag 'waardig' betekent 'zonder ernstig lijden', speelt tevens een esthetische gevoeligheid een rol. Want in de esthetica van de zelfdoding verwijst 'waardig' ook naar het heel blijven van het lichaam, uiterlijk ongeschonden. Voor methoden van zelfdoding geldt tegenwoordig, dat hoe meer verpletterd of verminkt het dode lichaam zich toont aan de levenden, des te gruwelijker, onwaardiger of inhumaner de zelfdoding wordt beoordeeld door het publiek.

Sterven zonder lijden én zonder beschadiging van het omhulsel, betekent voor velen sterven via inslapen, of nauwkeuriger: via een tussenstadium van bewustzijnsverlies in de vorm van een coma, dat geruisloos overgaat in de dood. Maar men kan dit niet generaliseren, omdat er zulke verschillende opvattingen bestaan over welk ongemak nog te dragen valt of welke andere gevoeligheid voor de persoon zelf ontzien moet worden.

Zo beschrijft Jeroen Brouwers (1983) de zelfdoding van Dirk Witte met behulp van koolmonoxide in de uitlaatgassen van zijn auto, die Witte zelf als een pijnloze dood beschouwde. Maar voor anderen roept de dood 'aan het gas' zulke sterke associaties op met de Shoah, dat, hoe pijnloos ook, zij deze dood als inhumaan verwerpen. Cees Nooteboom tekent in *Rituelen* (1980) de zelfdoding van Philip Taads door verdrinking in zee op een wijze die suggereert dat de zelfdoder dit een humane dood vond. Anderen gruwen

van de dood door verdrinking, waarbij het lichaam 'afzichtelijk' opgezwollen en uitgebeten na verloop van tijd aanspoelt. Een laatste voorbeeld van hedendaagse variatie in wat wel of wat niet een 'waardige' dood zou zijn: de methode van zelfdoding met behulp van een plastic zak, die overigens weinig doeltreffend schijnt,<sup>36</sup> werd door Drion als onwaardig bestempeld. De NVVE, die waardig sterven hoog in het vaandel heeft, brengt een handleiding uit waarin deze methode bij de vijf meest aanbevolen methoden staat vermeld.<sup>37</sup>

Het lijkt dan ook aan te bevelen om zelfdoding alleen 'humaan' of 'waardig' te noemen als de persoon zélf de gekozen methode humaan of waardig acht. In het algemeen kan worden gezegd dat slechts die zelfdoding als 'humaan' of 'waardig' wordt beschouwd, waarbij de dood intreedt zónder dat de methode – volgens de persoon zelf – ernstig lijden toevoegt, terwijl bovendien het lichaam heel blijft, ongeschonden. Dit culturele en psychologische patroon van sensibilisering staat bij de zelfdoding van Rick, Jacques en René op de voorgrond. Niet slechts voor henzelf maar zeker ook voor hun naasten, die een 'onwaardige' dood nooit zouden kunnen of willen aanzien. Bij zo'n dood zouden zij niet aanwezig geweest zijn zonder in te grijpen.

Het derde configuratieaspect dat men bij deze zelfdodingen aantreft, is het samen met een ander schrijven van een gedetailleerd scenario, volgens welke de dood niet-impulsief maar planmatig tot stand wordt gebracht. Die ander hoeft geen intimus te zijn maar is in deze onderzochte groep vaak de voorlichter, die de zelfdoder informatie verschaft over de wegen waarlangs de gewenste dood gerealiseerd kan worden.

Bij alle drie verloopt de zelfdoding volgens een vooropgezet plan dat stap voor stap wordt uitgevoerd. Zij hebben zich goed geïnformeerd over de mogelijkheden voor een 'humane' zelfdoding en hun – zeer verschillende – keuze gemaakt. Bij Jacques staat de hulp van dierbaren op de voorgrond. Rick laat zich door een verzorgster *Het Schotse boekje* voorlezen en krijgt aanwijzingen van de adviseur, die overigens niet bij de zelfdoding aanwezig is geweest. René kreeg de informatie in handen via enkele fotokopieën uit *Het Schotse boekje* die onder chronisch psychiatrische patiënten circuleren en die hun behandelaren nooit onder ogen krijgen.

Opvallend is de wijze waarop Rick zijn familie pardoes overvalt met de uitvoering. Achteraf gezien lijkt dit een geplande overval te



zijn geweest, waarbij hij de gevoeligheden van sommigen goed heeft ingeschat en ermeê rekening heeft willen houden. Want achteraf was de familie het erover eens dat een afgesproken datum op termijn, meer belastend was geweest dan zoals Rick het nu had geregisseerd.

De afwezigheid van impulsiviteit en de aanwezigheid van een plan van uitvoering zijn twee kanten van dezelfde medaille. Zowel het nemen van het besluit tot de zelfdoding als de uitvoering ervan vonden niet-impulsief plaats. Hierin onderscheiden zich deze drie van andere zelfdodingen.

Het vierde aspect betreft de *afweging van alternatieven* die deze zelfdoders maakten. Voor Rick en Jacques bestond volgens de artsen het alternatief uit opname in een verpleeghuis. Beiden hadden de overtuiging dat dit onverenigbaar was met hun levenswijze en zelfbeeld. Wel had Rick opname in een verpleeghuis gedurende een aantal weken geprobeerd, zodat hij wist wat hij afwees. Jacques had de SCEN-consulent duidelijk kunnen maken dat een verpleeghuisopname strijdig was met zijn zelfstandige levenspatroon. Deze beoordeelde zijn verzoek als weloverwogen.

Voor Rick bestond er een mogelijkheid waarmee zelfdoding enige tijd uitgesteld zou kunnen worden, namelijk de toezegging van euthanasie door zijn huisarts. Hij had gegronde medische redenen te vrezen dat hij binnenkort niet meer zou kunnen slikken en daarmee niet meer in staat zou zijn om zich zelfstandig met pillen te doden. Doordat de huisarts geen toezegging wilde doen dat hij te zijner tijd bereid zou zijn tot euthanasie, liep Rick, als hij langer zou lang wachten, het risico dat hij de zelfdoding niet meer zelf zou kunnen uitvoeren.<sup>38</sup>

Voor René bestond er het alternatief van een voortgezet verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis, dat hij inmiddels al tien jaar kende. Pogingen tot een verblijf in een huisje op of naast het terrein van de instelling, waren mislukt. Hij wist wat hij afwees. Na tien jaar opname in een psychiatrisch ziekenhuis wilde hij niet langer wachten op de kans dat ooit een nieuw medicijn zijn psychiatrische ziekte beter leefbaar zou maken.

#### *Een aparte configuratie*

De zelfdodingen van Jacques, Rick en René vonden, kortom, plaats in overleg en strijd met dierbaren, via een methode die zij zelf als humaan of waardig beschouwden, niet-impulsief maar volgens



een plan en na afweging van alternatieven op grond van adequate informatie. Deze configuratie – in langdurig gesprek, zonder ernstig ongemak, na afweging en volgens plan – zet zelfdoding in eigen kring apart van andere zelfdodingen. Daarbij bleek de wens te sterven duurzaam. Deze kenmerken zijn ook aanwezig wanneer een arts hulp bij zelfdoding verleent.

In het Dossier worden nog drie andere voorbeelden van zelfdoding in aanwezigheid van dierbaren beschreven. Ook bij Anna, Hans en Rie (8.1 t/m 8.3) blijkt de configuratie aanwezig die in dit hoofdstuk is geschetst. Als zevende uit deze reeks van twaalf, voerde ook Jaap (8.6) gesprekken over zijn besluit tot zelfdoding met zijn vriend en vroeg hem daarbij aanwezig te zijn. Deze besepte dit emotioneel niet aan te kunnen en nam daarom kort tevoren afscheid. Bij Jaap vond wel overleg en strijd in eigen kring plaats, de uitvoering niet.

Het is goed eraan te herinneren dat heel vaak de interacties tussen zelfdoder en dierbaren niet uitlopen op een zelfdoding maar deze juist afwenden, al weten we niet hoe vaak dit 'happy end' volgt. Voor dit onderzoek zijn echter juist gevallen van doeltreffende zelfdoding geselecteerd waarbij een begeleider een rol speelde. Een onverwachte bevinding is dat de helft van deze zelfdodingen in eigen kring plaatsvond. Daarbij hadden de dierbaren een aandeel in de besluitvorming en de uitvoering, die de inbreng van de adviseur in de schaduw stelde. Datzelfde blijkt bij de drie gevallen in het Dossier.

In dit hoofdstuk werd een configuratie beschreven die naar voren komt uit drie gevalbeschrijvingen. Zij blijken een patroon gemeenschappelijk te hebben dat bestaat uit langdurige interactie tussen de zelfdoder en tenminste één dierbare. In die interactie werden gevoelens en denkbeelden uitgewisseld over 'humaan' sterven, waarin ook een esthetische gevoeligheid voor schending van het gave lichaam een belangrijke rol speelde. Dit patroon wordt gedomineerd door een vocabulaire van autonomie, zelfbeschikking en waardigheid.

Essentieel in deze configuratie is dat er gedurende een lange periode gesprekken gaande waren. Die gesprekken hadden soms veel weg van een emotionele worsteling. Via niet te achterhalen dialogen mondde deze strijd uit in een zelfdoding die tot stand kwam op een in eigen ogen waardige of humane wijze. De in vertrouwen genomen dierbaren riepen de zelfdoder ter verant-

woording om hen niet te overvallen met de zelfdoding. Daardoor bepaalden deze dialogen in belangrijke mate dat de zelfdoding niet impulsief plaatsvond maar volgens een plan. Evenzo droeg het verzet van de dierbaren ertoe bij dat er een afweging van alternatieven aan de zelfdoding vooraf ging, ook al waren zij niet altijd overtuigd door de afweging die de zelfdoder maakte.

In de configuratie van zelfdoding binnen de eigen kring vertolkten de adviseur en de huisarts een kleinere rol. De adviseur speelde een rol van enig gewicht bij Rick, maar slechts een marginale bij Jacques en René. De huisartsen die hulp bij zelfdoding weigerden, werden door de zelfdoders buiten spel gezet. Dat geldt ook voor de psychiater van René. Al deze medische gesprekspartners speelden door deze opstelling geen enkele rol meer tijdens de voorbereiding en de uitvoering van de zelfdoding.

## 4/ Zelfdoding met zorg, zonder dierbaren: een incomplete configuratie

In dit hoofdstuk worden drie voorbeelden van zelfdoding gepresenteerd waarbij het kernaspect van de configuratie 'zelfdoding in eigen kring' ontbreekt: de zelfdoder is niet in gesprek met dierbaren over haar<sup>39</sup> voornemen, maar met een begeleider. Er zijn dan ook geen intimi aanwezig bij de uitvoering.

Ook al zijn er geen intimi bij betrokken maar uitsluitend een medewerker van de NVVE of De Einder, de zelfdoding kan wel nauwgezet en op humane wijze verlopen. Want de drie andere aspecten van de configuratie die deze zelfdodingen onderscheiden van de overgrote meerderheid – de zelfdoding vindt plaats na afweziging, volgens plan (niet impulsief) en op waardige wijze – kunnen tezamen aanwezig zijn. Maar door het ontbreken van gesprekken met intimi, is de met zorg voorbereide en humane zelfdoding incompleet in vergelijking met zelfdoding in eigen kring. Dat gaat gepaard met twijfel bij de nabestaanden of er bij de zelfdoding wel sprake was van een afweging en of zij de zelfdoder niet op andere gedachten hadden kunnen brengen.

Er kunnen drie redenen zijn dat er geen gesprek op gang komt met dierbaren over de doodswens. De eerste ziet men nogal eens bij hoogbejaarden bij wie er geen dierbaren meer in leven zijn, zoals bijvoorbeeld bij Fré het geval was (4.2). De tweede reden die uit dit onderzoek naar voren komt is complex: de zelfdoder zegt tegen de voorlichter dat zij de intimi niet wil belasten met haar voornemen tot zelfdoding, maar verzwijgt dat er intimi zijn met wie zij min of meer in onmin leeft, zoals Laura deed (4.1). Het kan ook zijn dat de zelfdoder de dierbaren niet bij deze beslissing betreft om zichzelf te beschermen, zoals Rosi (4.3), die zelfs niet een adviseur wilde raadplegen. Haar dochter stelde dit vergeefs voor toen Rosi het gesprek met haar ontweek. De veronderstelde belasting voor de ander en de gevreesde belasting voor jezelf door over de zelfdoding te gaan praten, zijn vaak verstrengeld. Een derde reden blijkt bij twee personen aanwezig die hun dood secuur voorbereidden in nauw overleg met een adviseur, maar



expres niet met dierbaren. Bij beiden speelde de vrees dat dierbaren de zelfdoding zouden beletten (Mariët, 8.4, en Marijke, 8.5).

In totaal zijn er in dit boek vier beschrijvingen van met zorg voorbereide zelfdodingen waarbij de zelfdoder niet in gesprek is geweest met een dierbare maar met een begeleider. Er zal blijken dat de begeleider een deel van de rol van intimi overneemt tijdens de voorbereiding, en soms ook tijdens de uitvoering door daarbij als enige aanwezig te zijn (bij Laura en Mariët). Wanneer de dierbaren afwezig zijn of buiten spel geplaatst, fungeert hij in een aantal opzichten als plaatsvervanger voor hen, als substituut. De rol van begeleider wordt, zoals we zullen zien, in deze gevallen zwaarder en vanuit een oogpunt van sociale controle problematischer.

#### 4.1/ Laura, 94: De huisarts geeft de sleutel van de medicijnkast even uit handen<sup>40</sup>

De huisarts leerde Laura drie jaar voor haar dood kennen nadat haar vorige huisarts de praktijk had neergelegd. Op dat moment was zij 91 jaar oud. Ze woonde in Brabant in een bejaardenverzorgingshuis en had een opvallende 'présence': 'Iemand die haar eigen gang ging en boven het geklets van de andere dames stond.' Haar verbale uitdrukkingsvaardigheid was uitzonderlijk. Haar grote liefde, lezen, was nog maar moeizaam mogelijk doordat haar ogen sterk achteruit waren gegaan. Daarnaast bestonden er klachten van artrose in rug- en nekwerfels, een lichte hardhorendheid en incontinentie voor urine waarvoor zij luiers moest dragen. Zij vertelde haar klachten relativerend, Laura was allesbehalve een klagende oude dame. Haar beste vriendin was niet lang geleden overleden, maar door het bridgen had zij nog contact met medebewoners in het verzorgingshuis. Zelden consulteerde zij de huisarts en dan sprak ze bijvoorbeeld over hoe zij het ouder worden ervoer. Over haar lange leven was de huisarts slechts bekend dat zij reeds zeer lang weduwe was en dat er drie kinderen waren die niet in de buurt woonden.

Negen maanden voor haar dood trof de huisarts haar terneergeslagen. Ze had het bericht ontvangen dat haar jongste zoon kanker had die onbehandelbaar was. Heel stellig was ze dat ze de dood van haar kind niet meer mee wilde maken of in ieder geval hem niet wilde overleven: 'Dat wil ik niet nog hoeven meemaken.' Ze vroeg

de huisarts hoe hij tegenover euthanasie stond. Zijn reactie luidde dat iedereen recht heeft op een goede dood, in de ruime zin van 'goed', wat ook euthanasie kan omvatten. Maar dat het van de concrete situatie afhangt hoe het zal gaan. En dat het besluit in de loop van de tijd van beide kanten zal moeten groeien.

Dit antwoord bracht Laura ertoe contact op te nemen met een van de landelijke verenigingen die mensen steunen die zelfstandig hun leven willen beëindigen. Zo kwam zij in contact met een voorlichter op dat terrein. Deze bezocht haar over een periode van vier maanden voorafgaande aan het overlijden een keer of acht. Tegen deze consulent zei Laura dat zij zich oud en 'op' voelde. Ze verzweeg dat ze kinderen had en met name ook de dodelijke ziekte van haar zoon. Ze vertelde dat ze met haar bridge-vriendinnen niet over haar doodswens sprak omdat ze niet wilde dat haar dood als zelfmoord bekend zou worden want 'dat geeft maar onrust in huis bij de andere oudjes'. Ze vertelde dat er een neef in de buurt woonde die wel van haar voornemen wist, maar er niets over wilde horen. Een fysiotherapeute met wie ze over haar wens had gepraat, reageerde aanvankelijk dat ze wel zou 'helpen'. Maar toen Laura concreet werd, bleef de fysiotherapeute weg.

Vier maanden voor haar dood liet zij haar huisarts een euthanasieverklaring lezen. Zij maakte geen depressieve indruk. Evenals bij eerdere huisbezoeken gaf zij ook nu aan dat ze zelf het moment van overlijden wenste te bepalen en dus ook niet afhankelijk wilde worden van het oordeel van een tweede arts: 'Ik wil de pillen graag in huis hebben. Mijn dood moet humaan zijn en ik wil u er verder niet mee belasten.' Van de voorlichter wist zij welke middelen zij moest vragen. De huisarts bleek bereid deze in kleine porties voor te schrijven: hij vond haar verzoek invoelbaar en weloverwogen, haar lijden aan het nakende verlies van haar zoon uitzichtloos.

Deze opstelling van de huisarts werd bepaald door problemen met Justitie die hij kort tevoren had gekregen na een officiële melding van hulp bij zelfdoding aan iemand die geen dodelijke ziekte had. Het leek hem niet verstandig nu opnieuw een problematisch geval te moeten rapporteren. Bij zijn beslissing dit keer niet de officiële weg te bewandelen, speelde ook een rol dat de katholieke leiding van het verzorgingshuis waar Laura woonde, negatief oordeelde over 'euthanasie'.

Laura spaarde de middelen met zorg. Een maand later deelde zij de huisarts mee dat haar zoon op sterven lag. En bij de volgende visite: 'Het zal nu wel snel gebeuren.' De huisarts drukte haar op



het hart met de uitvoering te wachten tot hij dienst had, zodat hij in geval van problemen zou weten wat er speelde en wat haar uitdrukkelijke wens was. Voor het geval zich bij de uitvoering problemen zouden voordoen, gaf hij haar zijn privé-telefoonnummer. Onduidelijk bleef of ze er met haar kinderen over had gesproken.

Laura heeft de dood van haar zoon wel afgewacht. Tegen de begeleider zei ze dat zij niemand kende aan wie zij kon vragen aanwezig te zijn bij de uitvoering van haar zelfdoding. Ze vroeg of de begeleider dat zou willen doen, omdat het haar een geruststelling leek dat er iemand aanwezig was voor het geval er iets mis zou gaan, iemand die dan de huisarts zou kunnen waarschuwen. Het enige waar ze nog op wilde wachten, zo zei ze tegen de adviseur, was de verschijning van een biografie van haar overleden broer. Toen die kort daarna verschenen was, wilde zij 'weg'. Ze vertelde haar begeleider niets over haar zoon die een maand tevoren was overleden.

Laura sprak met de begeleider een avond in het weekend af, op een tijdstip dat de laatste verzorgster reeds was vertrokken, zodat de kans dat er onverwacht iemand zou binnenkomen minimaal was. Om een avondbezoekje van een medebewoonster te voorkomen, zou mevrouw zeggen 'niet lekker te zijn en daarom vroeg naar bed te gaan'. Aan haar neef vroeg ze of hij gebeld mocht worden wanneer ze overleden zou zijn en of hij dan de huisarts en anderen zou willen waarschuwen. Zijn telefoonnummer gaf ze aan de consulent. Alles was nauwgezet en tot in detail doorge-sproken.

Twee dagen voor de zelfdoding begon zij met zetpillen die een middel tegen het braken bevatten. Om de 6 tot 8 uur bracht zij deze in. Op het afgesproken tijdstip arriveerde de begeleider. Mevrouw had zelf vla in huis gehaald, de consulent had thuis de tabletten gemalen. Om de bittere smaak te verzachten had zij nog een smaakcorrectiemiddel meegenomen. Laura roerde dit erdoor en at het geheel zelfstandig op, zonder te spreken. Toen ze vervolgens een slokje water nam en zich verslikte, dreigde ze te gaan braken maar ze kon dit onderdrukken. Na vijftien minuten viel ze in slaap. Na anderhalf uur ademde ze niet meer.

Een half uur later belde de begeleider de neef: 'Uw tante is overleden.' Zijn reactie was koeltjes: 'O'. Volgens afspraak kwam hij de volgende ochtend zeer vroeg langs, om de verzorgster van het tehuis het vinden van een lijk te besparen. Die ochtend belde de neef naar de huisarts dat Laura overleden was. De huisarts meldde een natuurlijke doodsoorzaak: hartstilstand.



De begeleider had twee onrustige uren doorgemaakt, vanwege de kleine maar niet uitgesloten kans dat er tussen inslapen en overlijden toch iemand binnen zou komen. Daarna maakte zij nog een onrustig ogenblik door of het zou lukken om onopvallend de verzorgingsflat te verlaten. Motief voor al deze geheimzinnigheid was de wens van Laura dat haar dood niet als suïcide bekend zou worden. Achteraf vindt de begeleider dat ze door hieraan mee te werken, een risico heeft gelopen. Voor het overige heeft zij geen negatief gevoel over haar rol bij deze zelfdoding.

De huisarts vraagt zich achteraf af of hij niet meer over de voorgenomen zelfdoding met Laura had moeten praten en proberen haar op andere gedachten te brengen. Met name de betekenis die het overlijden van haar zoon had, zou hij nu uitvoeriger ter sprake brengen. Ook is hij er niet gelukkig mee dat hij niet aanwezig was bij de zelfdoding. Hij was gezwicht voor haar uitgesproken wens zelf de regie in handen te houden en zelf het moment te mogen bepalen. Onder de huidige procedure met een SCEN-arts en melding aan een toetsingscommissie, zou hij bij Laura de officiële weg bewandeld hebben.

#### 4.2/ Fré, 91: 'Het leven is nu echt op, basta!'<sup>41</sup>

Fré maakte bij kennismaking met de adviseur een ongewoon jeugdige indruk door de lenige wijze waarop zij zich bewoog en door een zwarte pruik krullend haar. Ze droeg lurex glimstof of kleren bekleed met glitters en maakte zich met zorg op. Haar huis, een monumentaal grachtenpand, was ingericht met een mengsel van antiek, kunst en prullaria. Ieder jaar maakte Fré nog reizen, vaak in gezelschap van jongere mannen, die zich door haar financieel lieten onderhouden. Haar grote liefde ging uit naar dieren ('die kan je tenminste vertrouwen'), in het bijzonder naar paarden. Schilderijen van paarden die zij bezeten had, vulden de muren van haar huis. Haar zitbank was volledig in beslag genomen door knuffeldieren, al haar geld zou ze nalaten aan Greenpeace.

Over het verleden wist de adviseur slechts dat Fré al langer dan twintig jaar weduwe was en dat ze geen kinderen had. De adviseur bezocht haar gedurende de laatste twee jaar voor haar dood met een zekere regelmaat, gemiddeld eens per maand. Vanaf het eerste contact klikte het tussen hen en al snel groeide er een vertrouwensband. Fré vertelde dat ze tien jaar geleden van een huisarts

met wie zij goed contact had een overdosis dodelijke slaapmiddelen had gekregen 'voor als ik ga aftakelen'. Ze hechtte nog aan het leven, vooral aan haar vele reizen, maar werd het laatste jaar chaotisch en vergeetachtig. Haar grote zorg was dat als ze te lang zou wachten om de middelen in te nemen, ze 'te dement' zou zijn om die beslissing te nemen. Voor geen prijs wilde ze haar excentrieke leefwijze opgeven: 'Als dat niet meer kan, dan stop ik.'

Op advies van de adviseur stelde Fré een verklaring op met een behandelverbod en wees ze een verre nicht aan als gevolmachtigde in het geval ze wilsonbekwaam zou worden. Ze had geen vriendinnen meer die nog in leven waren en evenmin familie met wie ze nog een goede verstandhouding had. Fré weigerde pertinent het advies van de adviseur op te volgen om haar huidige huisarts te vragen of zij bereid zou zijn tot hulp bij zelfdoding: 'Daar mag je een arts niet mee belasten, daarvoor heb ik nu juist die pillenvoorraad bewaard.' Bij een volgend bezoek kondigde zij aan op reis te gaan naar Mexico om een project voor het fokken van wilde paarden te bezichtigen.

Een jaar voor Fré's overlijden had de toenmalige huisarts (niet dezelfde als de huisarts die haar in het verleden de 'pil van Drion' gaf) mevrouw naar de Riagg verwezen in verband met de herhaalde vraag om euthanasie in de toekomst. Daar had zij diagnostische en steunende gesprekken met een sociaal-psychiatrisch verpleegkundige, die na enkele maanden de huisarts als volgt berichtte:

*'Reden van aanmelding:* "onechte" doodswens; geen manifeste depressie, wel agerend en behoefte aan steun.

*Voorlopige conclusie/diagnose:* inmiddels 91-jarige, alleenwonende vrouw die moeite heeft met het besef en de acceptatie van het ouder worden, c.q. ouder zijn; subjectief gevoel van cognitieve achteruitgang; eenzaamheidsproblematiek; aanwijzingen voor problemen m.b.t. de persoonlijkheid.

*Plan van aanpak/beleid:* Gesprekken gericht op acceptatie van de situatie stonden centraal maar leverden weinig resultaat op. Patiënte had het idee dat ze niet te helpen was en zag de zin van de contacten niet meer in. Zoals reeds met u besproken, schrijf ik patiënte uit met de afspraak dat heraanmelding altijd plaats kan vinden.'

Enige tijd na haar terugkeer van de reis naar Mexico nam Fré weer contact op met de begeleider. Door haar chaotische gedrag en slor-

dige omgang met geld was zij, niet voor de eerste keer overigens, bestolen door haar reisgezel en daarmee was voor haar de maat vol: 'Ik moet het gaan doen.' Nu bleek zij echter vergeten waar ze vroeger in haar grote huis de dodelijke middelen had verstopt. De begeleider gaf informatie over andere middelen die zij aan de huisarts kon vragen. Kort daarna vertelde Fré dat haar huisarts deze middelen zonder probleem had voorgeschreven. Waarschijnlijk had hij zich niet gerealiseerd dat dit medicijn in combinatie met gewone slaapmiddelen dodelijk kan zijn.

Een half jaar voor haar dood veranderde Fré opnieuw van huisarts. Dit is de huisarts met wie ik als onderzoeker een gesprek had over de zelfdoding. Zij had over het verleden van Fré geen informatie omdat mevrouw zo kort in haar praktijk was. Aanleiding om van huisarts te veranderen was een conflict met de vorige huisarts over een nota. Deze had verklaard dat Fré bij hem had aangedrongen op 'euthanasie', waarop hij had gezegd: 'Dat is niet aan de orde, u bent gezond en reist nog de halve wereld rond.' Mogelijk speelde deze afwijzing mede een rol bij het veranderen van huisarts.

Tijdens de kennismaking bracht haar nieuwe huisarts het conflict met de vorige huisarts over euthanasie ter sprake: 'Ik heb begrepen dat u met hem een verschil van mening had over eventuele euthanasie in de toekomst. Laat ik meteen maar duidelijk zeggen dat ik dat nooit doe als er geen sprake is van een terminale ziekte.' Fré heeft het onderwerp nooit meer aan de orde gesteld. Ze bezocht nooit het spreekuur en belde incidenteel de praktijk-assistente over de medicijnen die ze gebruikte: Ascal als bloedverdunner; een middel tegen hoge bloeddruk, een tablet om te ontwateren, en lactulose tegen obstipatie. Zij had opvallend weinig gebreken of handicaps samenhangend met de leeftijd. Wel maakte ze op de huisarts een chaotische indruk, alsof ze de controle over haar leven aan het verliezen was.

Fré vertelde aan de begeleider dat haar huishoudelijke hulp en enkele jongere vrienden op de hoogte waren van haar doodswens. Maar niemand zou haar doodswens serieus nemen, aldus Fré, alleen door haar begeleider voelde ze zich begrepen. Regelmatig stopte ze in haar jaszak als 'cadeautje' briefjes van honderd gulden, die zij telkens weer terug op tafel legde. Fré zei dat ze voor het eerst in haar leven iemand ontmoette die niet op haar geld uit bleek te zijn.

Fré kondigde aan dat ze kort voor haar eenennegentigste verjaardag eruit wilde stappen. Toen zich echter weer een vriend van



vroeger aandiende met een reisplan, bezweek ze voor die 'laatste kans' en vertrok.

Ook deze reis eindigde in een kater: 'Het is nu echt op, basta!' Het viel Fré zelf op dat het chaotische gedrag was toegenomen en dit maakte haar bang dat ze iets verkeerd zou doen tijdens de uitvoering van de zelfdoding. Daarom verzocht zij de adviseur om hulp bij de voorbereiding én bij het innemen van de middelen. Deze was bereid tot het eerste, maar twijfelde nog of ze erbij zou blijven.

De vraag kwam op wie Fré na haar overlijden zou vinden. Haar huishoudster bleek hiertoe bereid en werd in vertrouwen genomen over de geplande dag waarop het zou gebeuren. Vieren-twintig uur na het innemen van de tabletten zou de huishoudster het huis binnengaan en de huisarts bellen met de vraag of zij langs wilde komen. Ook zou de huishoudster de adviseur informeren.

De adviseur hielp bij het fijnmaken van de middelen die Fré van haar vorige huisarts met wat smoesjes had verzameld. Zij was erbij toen Fré begon met het innemen van de pillen tegen braken. De begeleider zette naast het bed likeur, chocoladevla en de fijnge-maakte middelen op een rij. Fré had zich gekleed in een glimmend blauwe nachtpon met ruches. De adviseur besloot om niet te blijven tot het innemen van de middelen, hoezeer Fré ook aandrong. Zij adviseerde haar een wekker te zetten op een bepaalde tijd om daarmee zichzelf aan haar voornemen te herinneren. Daarna deed zij de voordeur achter zich dicht.

Twee etmalen later had de adviseur nog niets gehoord en belde op. Anders dan gewoonlijk werd de telefoon niet opgenomen. Later bleek dat de huishoudster was teruggedeinsd voor haar aandeel bij het vinden van de overledene en thuis was gebleven. Een buurman had 's nachts brandende lichten in huis gezien en had de politie gewaarschuwd. De dienstdoend huisarts waarschuwde de lijkschouwer. Een paar dagen later belde de huisarts en kreeg een familielid te spreken, die als reactie op het gebeuren gaf: 'Ze was er zeker al wel tien jaar mee bezig. Toch heeft het ons allemaal verrast dat het er van is gekomen. Het is goed zo.'

De dodelijke middelen kreeg Fré de eerste keer van haar huisarts met wie zij een goede verstandhouding had. Deze ging met pensioen. Zij bewaarde de middelen op een goed verstopte plaats, zo goed dat ze jaren later, toen ze vergeetachtig werd, ze niet meer kon terugvinden. Haar tweede verzameling dodelijke middelen kreeg Fré met wat smoesjes van haar huisarts die niet van eutha-

nasie wilde horen. Daarna veranderde zij nogmaals van huisarts na een conflict. Deze laatste huisarts was duidelijk over haar afwijzend standpunt tegenover 'euthanasie'. Daarmee was voor Fré duidelijk dat zij dit onderwerp nooit meer bij de huisarts ter sprake hoefde te brengen, maar haar eigen weg hierin moest zoeken.

In de twee jaar dat de adviseur af en toe contact met haar had, twijfelde ze wel eens of de doodswens van Fré werkelijk serieus was. Anders dan iedereen verwachtte met wie Fré over haar zelfdoding had gesproken, heeft zij dit uiteindelijk toch gedaan.

#### 4.3/ Rosi, 84: Veertig jaar leven met de 'pil van Drion'<sup>42</sup>

Rosi groeide op in Zwitserland en verloor jong haar moeder. Vader hertrouwde met een stiefmoeder, die voor haar geen liefde had. Toen vaders zaak failliet ging, moest Rosi als secretaresse gaan werken, want voor een studie was er geen geld. Op een dag werd zij in de tram aangesproken door een buitenlandse heer die voor haar knappe uiterlijk gevallen was. Zij trouwden en gingen in een ander land wonen, waar haar man in het bankwezen werkte. Daar begonnen dertien gelukkige jaren, er kwamen kinderen en het gezin leidde een kosmopolitisch bestaan. Tot haar man binnen enkele maanden door kanker werd geveld. Rosi's wereld stortte in.

Vanaf die dag leefde Rosi nog slechts als de weduwe-van-haar-man. Zij ging met de kinderen wonen in Nederland, waar haar man was opgegroeid maar dat haar vreemd was, en koos als haar vrienden mensen die haar man goed gekend hadden. Haar enige taak in het leven bestond er nog uit om de kinderen in zijn voetstappen een goede opvoeding te geven. Echt vrolijk was het niet meer in huis.

Een jaar na het overlijden van haar man stierf ook haar schoonvader aan kanker. In de terminale fase werd hem op zijn verzoek door de huisarts een dodelijke injectie morfine toegediend. Dat hoefde niet gemeld te worden, het was 1954. In zijn medicijnkastje trof Rosi een flesje met wit poeder aan. Van de huisarts hoorde zij dat dit een dodelijke hoeveelheid Veronal was. Zij bewaarde het 'voor het geval dat'.

De kinderen konden zich aan Rosi's treurigheid deels onttrekken door contacten buitenshuis te zoeken. Binnenshuis ontwikkelden zij ieder hun eigen talenten om haar zo niet op te vrolijken

dan toch het leven draaglijk te maken. Tegen haar kinderen zei ze wel eens: 'Als jullie er niet geweest waren, was ik al bij jullie vader geweest.' Dan kwam ook een enkele keer de Veronal ter sprake, die zo een haast mythische status kreeg in het gezin.

Korte tijd kwam een medium aan huis om Rosi met haar man en schoonvader in contact te brengen, waarbij zij het nodige aan berichten van gene zijde doorkreeg, tot en met het advies hoe de portefeuille aandelen belegd moest worden.

De kinderen gingen het huis uit. Rosi zei altijd dat zij goed tegen alleen zijn kon, en in zekere zin was dat ook zo want niemand kon haar man doen vergeten of in zijn schaduw staan. Zij kwam de jaren door met het lezen van boeken en kranten, een cursus kunstgeschiedenis, golfen, reizen en op de kleinkinderen passen. Haar vrienden vonden haar wel wat melancholisch maar niet depressief.

Toen Rosi 75 jaar oud was ontstond de eerste barst in haar goede gezondheid in de vorm van een heupartrose waarvoor zij een totale prothese kreeg. Verscheidene malen schoot de heupprothese uit de kom en zij viel ook regelmatig. Toen zij 82 was brak zij bij een val haar bekken. Zij sleepte zich naar de telefoon en belde een dochter. Toen die arriveerde en de dokter wilde waarschuwen wees Rosi haar op het medicijnkastje: 'Pak dat flesje eens voor me.' De dochter zag het voor het eerst maar begreep direct wat daarin moest zitten: 'Ma, dat gaan we nu toch niet doen!' Rosi liet zich opnemen in het ziekenhuis. Daar maakte zij tijdens de revalidatie een stil hartinfarct door. Toen haar toestand kritiek bleek, verklaarde zij voor het eerst openlijk dat het leven voor haar niet meer hoefde en dat zij daarom geen behandeling wenste. De cardiologe verzekerde haar dat er niet gereanimeerd zou worden maar legde haar uit dat medicijnen om haar benauwdheid te bestrijden en antibiotica tegen een opkomende longontsteking toch wel in haar belang waren. Deze behandelingen accepteerde zij. Er kwamen een geriater en een klinisch psycholoog in consult. Op hun advies kreeg zij Prozac voorgeschreven: was mevrouw toch niet wat depressief? De huisarts ging een tijdlang met de Prozac door, al had het volgens de kinderen geen merkbare invloed op haar stemming. Later stopte ze ermee omdat ze 'er alleen maar beroerd van werd'.

Voordat zij thuiskwam uit het ziekenhuis overlegden de kinderen met elkaar: 'Wat doen we met het flesje? Gooien we dat weg?' Ze waren het erover eens dat je dat niet mocht doen, het was ten-



slotte van Rosi en zij had het met een duidelijk doel bewaard. Ook rees de vraag of het na zovele jaren nog wel werkzaam kon zijn. Een van de kinderen belde met deze vraag het centrum voor vergiftigingen. Het antwoord luidde dat dit zonder chemische analyse niet te zeggen viel: het zou nog werkzaam kunnen zijn maar de kans dat het niet meer dodelijk was bestond evenzeer.

Geleidelijk verminderde het gezichtsvermogen ten gevolge van een onbehandelbare degeneratie van het netvlies. Rosi vond het vreselijk dat zij steeds moeilijker kon lezen en tv-kijken. Hoewel zij altijd gezegd had nooit uit haar flat te zullen vertrekken, accepteerde zij relatief makkelijk een plaatsing in een verzorgingshuis nadat zij haar heup had gebroken. Bij de verhuizing drong zij erop aan om in ieder geval één bepaalde toilettas mee te nemen. Haar dochters vermoedden dat hier het bewuste flesje in zat.

Lezen was inmiddels onmogelijk geworden. Er kwamen bandjes van de blindenbibliotheek maar dat vulde slechts een deel van de lange dagen. Het vrijwel niets meer kunnen zien viel haar veel zwaarder dan de andere fysieke problemen. Steeds vaker zei ze dat ze genoeg van het leven had en op een terloopse manier suggereerde zij dat ze er een eind aan wilde maken. Eén dochter adviseerde om met haar nieuwe huisarts te praten over het niet meer willen leven. Zij gaf de huisarts een niet-reanimatie-verklaring. Een ander advies, om met iemand van de NVVE te praten, legde Rosi resoluut naast zich neer. Dat leek haar helemaal niks.

Ook met haar kinderen wilde Rosi niet anders dan in toespelingen praten over haar verlangen er zelf een einde aan te maken. Meer dan eens drongen de kinderen erop aan dit onderwerp gezamenlijk te bespreken. Dat was wat Rosi betreft niet aan de orde.

De tweede kerst in het verzorgingshuis naderde en de kinderen wilden haar vanwege de slechte ogen helpen met het schrijven van de kerstkaarten. Rosi reageerde stellig: 'Dat hoeft niet want dan ben ik er al niet meer.' Een dochter nam dit signaal serieus. Dit was de eerste keer dat Rosi niet slechts suggereerde een einde aan haar leven te willen maken, maar een concreet tijdstip noemde. De dochter vroeg: 'Hoe stel je je dat voor? Stel dat je 's ochtends in coma in bed wordt gevonden, wat moet de directrice of de huisarts dan doen?' Rosi besloot haar wens om te sterven op papier te zetten maar hield dit voor zich.

Kerstmis passeerde, maar een van de dochters hield het gevoel dat het moeder dit keer menens was, juist omdat zij rustiger en minder somber was dan anders: het leek wel of ze een besluit had genomen.

Tijdens een zondagmiddaguitje met haar zoon vertelde deze dat hij de week erop met vakantie zou gaan. Rosi: 'Ik weet niet of ik er nog ben als je terugkomt' en even later: 'Ik was van plan om het dit weekeinde te doen.' Dat alles op een nogal terloopse wijze tussen de thee met taart en de sherry met bitterballen door. Was dit nu serieus of niet? De gesprekken waren niet anders dan anders. Wel kwam ook het hiernamaals ter sprake en Rosi zei dat ze hoopte ooit haar man en haar schoonvader terug te zien. Na een ontspannen middag nam ze afscheid met 'tot ziens'.

De volgende ochtend belde de huisarts dat Rosi in coma gevonden was en of hij haar naar het ziekenhuis zou sturen. Hij had een leeg flesje op het nachtkastje gevonden en een briefje waarop stond: 'Ik doe dit uit vrije wil en bij mijn volle bewustzijn [dik onderstreept]. Ik wil niet gereanimeerd worden.' Maar omdat zij in het verleden Prozac had gebruikt, twijfelde hij of haar besluit niet genomen was vanuit een behandelbare depressie. Tijdens zijn consulten had zij hem nooit om 'de pil van Drion' verzocht en evenmin had zij verteld dat ze Veronal in huis had. Wel klaagde zij over vermoeidheid en over somatische klachten op een (in zijn ogen) claimende wijze. Hij had geen reden gezien voor een psychiatrisch consult. De kinderen stelden dat zij er zeker van waren dat moeder niet in een ziekenhuis opgenomen wilde worden. De huisarts was niet overtuigd dat hij op hun gezag af kon zien van een ziekenhuisopname, die mevrouw immers op het briefje niet expliciet had verboden.

Nu het te laat was realiseerde de huisarts zich dat het hem niet was gelukt een goede band met deze oude dame op te bouwen en dat zij hem over wat haar werkelijk bezighield niet in vertrouwen had willen nemen. Hij voelde zich voor een dilemma geplaatst: indien hij – vanuit de veronderstelling dat dit een impulsieve, depressieve suïcidepoging was – haar naar het ziekenhuis zou sturen en zij de poging zou overleven, zou deze 84-jarige vrouw ten gevolge van zijn ingrijpen met al haar klachten verder moeten leven. Wat moest zwaarder wegen: de veronderstelling van een behandelbare depressie of het briefje naast haar bed en de duidelijke mening van de kinderen?

De huisarts overlegde met een SCEN-consulent, aan wie hij de vraag voorlegde: 'Mag een arts een weigering van behandeling naast zich neer leggen als hij de mogelijkheid niet kan uitsluiten dat er een behandelbare depressie bestaat?' Dit overleg resulteerde in de beslissing dat er niet ingegrepen zou worden, tot grote



opluchting van de kinderen. Rosi mocht in haar eigen bed blijven en daar kon het verdere verloop worden afgewacht. Tenslotte was de Veronal al veertig jaar oud en daardoor mogelijk niet meer sterk genoeg voor een doeltreffende zelfdoding.

Die hele dag zaten de kinderen rondom haar bed. Om zes uur 's avonds is Rosi rustig overleden, ongeveer twintig uur na het innemen van het middel dat haar schoonvader ooit als slaapmiddel voorgeschreven kreeg. Dat had zij een half leven lang zorgvuldig bewaard voor het moment waarop zij zich in de Eindelooze Slaap bij haar man en bij hem zou voegen.

De huisarts waarschuwde de gemeentelijk lijkschouwer, die de recherche inschakelde en het lichaam onderzocht op verse sporen van een injectie. Tevens onderzocht hij het lichaam op fracturen en zelfs op sporen die aanwezig blijven als er verstikking door een kussen op het gezicht heeft plaatsgevonden. Een rechercheur vroeg: 'Heeft ze zichzelf zonder enige hulp gesuïcideerd?' De schouwarts reageerde: 'Dat beweert de huisarts.' De huisarts kreeg hierdoor de indruk dat hij door de schouwarts verdacht werd van een euthanasie die hij niet had gemeld maar voor een suïcide had laten doorgaan. De rechercheur leek dit wantrouwen niet te delen en verhoorde hem slechts voor de vorm. Achteraf voelde de huisarts zich gekrenkt dat hij door de lijkschouwer op deze wijze als verdachte werd behandeld.

#### 4.4/ Variaties op het scenario van Drion

Bij zelfdoding in eigen kring zijn de dierbaren prominent aanwezig. Hun ambivalente rol werd in hoofdstuk 3 reeds geschetst. Uit de gevalsbeschrijvingen in dit hoofdstuk blijkt dat de hoofdrolspeler soms geen dierbare kan – of wil – vinden die bereid is de dialoog met hem/haar vol te houden tot aan de ontknoping, zoals bij Laura het geval was. Ook geldt meermalen dat de huisarts niet goed in gesprek raakt of het gesprek niet volhoudt. Nu eens doordat hij niet het vertrouwen krijgt van de zelfdoder, zoals de huisarts van Rosi, dan weer omdat hij, als bij Fré, zijn grenzen als arts wil bewaken, zoals hij die meent te moeten trekken. Onder huisartsen bestaan daarin grote verschillen. Fré's huisarts trok haar grenzen nauwer dan de huisarts van Laura.



zelfdoder de weg tot het einde gaat, de begeleider. De zelfdoding wordt wel nauwgezet voorbereid en op humane wijze uitgevoerd, maar het overleg met de begeleider is van beperkte duur en de afwegingen die de zelfdoder maakt, komen vaak niet goed over het voetlicht. Zo blijft de afweging die Fré maakte onduidelijk. Datzelfde geldt voor Rosi die er in bedekte termen met haar dochter over sprak.

De zojuist besproken zelfdodingen vonden plaats met de 'pil van Drion' of met varianten daarop. Huib Drion introduceerde in 1991 de stelling 'dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op aanvaardbare manier uit het leven te stappen op het moment dat hun dat – gezien wat hen daarvan nog te wachten staat – passend voorkomt'.<sup>43</sup> Zoals reeds opgemerkt, wordt de uitdrukking 'pil van Drion' inmiddels ook gebruikt als synoniem voor officiële doktershulp bij zelfdoding *aan ouderen*.

Ik zal de oorspronkelijke betekenis aanhouden, waarbij de oudere zelf de regie in handen krijgt of neemt. De arts verleent daarbij assistentie. Hij schrijft op verzoek, en meestal in kleine porties, middelen voor, die op een later tijdstip gebruikt kunnen worden om de eigen dood tot stand te brengen. Wanneer de arts daar niet bij aanwezig is en ook geen toezegging doet om in geval van dreigende mislukking euthanasie te verrichten, dan draagt de arts voor het innemen van de middelen op een later tijdstip niet de verantwoordelijkheid. Nauwkeuriger gezegd: hij draagt niet dezelfde verantwoordelijkheid als die hij op zich neemt in geval van doktershulp bij zelfdoding of in geval van euthanasie. Sommige artsen schrijven de middelen juist voor in de verwachting dat deze rust geven als iemand erover kan beschikken en een preoccupatie met het tijdige moment van zelfdoding overbodig maken. Met de middelen in de kluis krijgt de oudere de regie over een mogelijk toekomstige zelfdoding 'in eigen kring', met name over het tijdstip van de eigen dood en over de eventuele aanwezigheid van dierbaren. Of het daadwerkelijk ooit tot zelfdoding komt, ligt nog geheel open. Tot nu toe is uit de overlijdensstatistiek niets gebleken van een regelmatig gebruik van deze mogelijkheid (zie paragraaf 6.2).

Er blijken verschillende varianten mogelijk op het scenario waarin ouderen de dodelijke middelen in eigen beheer verkrijgen. De assistentie die de huisarts aan Laura bood toen hij haar de middelen in kleine porties voorschreef, is nog geen doktershulp bij

Daarmee liep zij het risico op mislukking. De sterkte van het dodelijke middel had na 40 jaar wel eens onvoldoende kunnen blijken.

Doordat Rosi niet in overleg trad over haar keuze voor zelfdoding, blijft ook haar precieze afweging onduidelijk om het nú te doen. Volgens de dochter speelden ook bij haar de toenemende blindheid een rol, die maakte dat zij niet meer kon lezen. De dagen duurden erg lang. Daarnaast speelde altijd op de achtergrond het oude verlangen naar vereniging met haar man in de dood. Haar variatie op Drions scenario toont hoe iemand een half leven lang telkens weer haar grenzen verlegt, terwijl het dodelijke middel in het medicijnkastje staat. Om ze ten langen lesten in te nemen.

De wegen die Fré en Rosi bewandelden, vormen varianten op de 'pil van Drion' omdat de essentie daarvan is dat de oudere zelf de regie in handen krijgt én neemt. Eenmaal de middelen in handen, heeft de oudere die ze wil gaan gebruiken de keuze tussen een nauwgezet voorbereide zelfdoding zónder intimi of zelfdoding in eigen kring. Althans als er dierbaren beschikbaar zijn met wie overleg mogelijk is.

De routes waarlangs deze regie verkregen wordt – via de huisarts, een reisje naar het buitenland of via een tussenpersoon – zijn slechts variaties op het centrale thema dat Drion aansneet: de wens van sommige ouderen om de regie over de eigen dood in handen te nemen en de zijns inziens ontbrekende legitimatie van de overheid om dat te beletten in de bijzondere situatie van ouderen.<sup>46</sup>

## 5/ De rolverdeling bij zelfdoding met zorg

De encscenering van een humane zelfdoding die nauwkeurig wordt voorbereid omvat vijf acteurs. De zelfdoder is hoofdrolspeler en regisseur tegelijk. Hij of zij spreekt soms in eigen persoon via een afscheidsbrief, maar meestal slechts door de mond van anderen, als een verre echo. In dit hoofdstuk krijgen de drie spelers aandacht die geïnterviewd konden worden: de begeleider of consulent voor humane zelfdoding, de huisarts en de dierbare. Deze personages zijn in paragraaf 1.1 geïntroduceerd. Pas na de ontkenning speelt de gezagsdrager een rol. Omdat deze speler in dit onderzoek niet is geïnterviewd, krijgt hij slechts terloops aandacht.

Bij zelfdoding in eigen kring vormen de dierbaren die in vertrouwen genomen zijn, de voornaamste tegenspeler van de zelfdoder. In hoofdstuk 4 bleek dat de hoofdrolspeler nu eens geen dierbare heeft, dan weer deze niet erbij wil betrekken. Ook voor de huisarts geldt meermalen dat het hem niet goed lukt om in gesprek te blijven. Er rest dan maar één speler die dat tot het einde toe wel doet. Deze speler neemt de taak op zich om informatie te verschaffen over een 'waardige' manier van sterven.

Over het personage dat de rol van 'voorlichter' of 'begeleider' speelt, is in de publieke discussie het minste bekend. Daarom wordt deze als eerste uitgebreid besproken. Daarna komt de rol van huisarts ter sprake die in zijn omgang met een vastbesloten zelfdoder geconfronteerd wordt met een aantal dilemma's. Vervolgens wordt in kort bestek nog aandacht gegeven aan de rol van intimus, ter aanvulling op wat reeds in hoofdstuk 3 is besproken. Aan het slot wordt er summier iets gezegd over de rol van gezagsdrager na het overlijden.

Zowel de nvve als De Einder zijn ongelukkig met de aanduiding 'adviseur voor waardige zelfdoding' voor hun medewerkers omdat zij vrezen dat dit door critici, die spreken van 'zelfmoordadviseur', tegen hen zal worden gebruikt. Beide organisaties benadrukken dat hun 'voorlichters' of 'consulenten' nooit adviseren maar slechts informatie of voorlichting geven, opdat de cliënt zelf - 'autonoom' - een goed geïnformeerde keuze kan maken. Advies geven pro of



contra zelfdoding, geldt in deze kringen als principieel onjuist omdat dit in strijd is met de idee van zelfbeschikking. Men heeft weinig oog voor het gegeven dat iedere informatieve mededeling door intonatie en context ook meer of minder verborgen advies bevat. De politiek correcte benaming van deze nieuwe en omstreden acteur op het vaderlandse toneel, blijkt dus voorwerp van strijd. Dat hangt samen met de botsende visies op deze figuur die in hoofdstuk 7 naast elkaar zullen worden gezet. Maar eerst dient in dit hoofdstuk zo nauwkeurig mogelijk besproken te worden wat hij wel en niet doet. Voorlopig worden hier de namen voorlichter, begeleider, adviseur en consulent naast elkaar gebruikt.

### 5.1/ De rol van voorlichter / begeleider / adviseur / consulent

De rol van begeleider bij het nauwgezet voorbereiden van een 'waardige' zelfdoding wordt hier door een sociologische bril bekeken. Met name wordt nagegaan in hoeverre de organisatie van dit werk is geprofessionaliseerd. De verzamelde informatie is afkomstig uit interviews met tien adviseurs en uit interne stukken die door de NVVE en de Einder ter beschikking zijn gesteld. Eerst wordt de NVVE besproken, daarna De Einder.

Wie wil weten of bepaalde werkzaamheden een professie in wording zijn, stelt de volgende vragen: Kan iedereen die zich aansluit bij NVVE of De Einder dat werk gaan doen of is er een selectieprocedure? Heeft de begeleider een formeel dienstverband met de organisatie of blijft hij werkzaam als 'vrijgevestigde'? Is er betaling en zo ja, hoe is die geregeld? Vindt er begeleiding plaats in de vorm van inter- of supervisie? Is er bijscholing? Hoe staat het met de periodieke evaluatie van het functioneren van de medewerker? Is opzegging van de samenwerking mogelijk? Bestaat er een klachtenprocedure voor klanten? Deze vragen komen hier aan de orde.

#### *Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie*

De NVVE heeft een Leden Ondersteunings Dienst (LOD) die al twintig jaar in de praktijk van alledag functioneert maar die pas in de afgelopen tien jaar een geformaliseerde vorm heeft gekregen.<sup>47</sup> Op dit moment zijn er 35 medewerkers verbonden aan de LOD, die vanuit het centrale bureau geleid worden door twee coördinato-

ren. Voor de werving, selectie, evaluatie, bijscholing en ontslag zij verwezen naar Bijlage 1. De medewerkers ontvangen geen betaling maar een volledige onkostenvergoeding. De coördinatoren zijn in loondienst.

Het totaal aantal nieuwe hulpvragen bij de LOD in 2000 bedroeg 952, waarvan 56% in behandeling kwam bij een van de 35 LOD-medewerkers. Deze behandelden hulpvragen uit de categorie terminale patiënten (17% van het totaal van 952), uit de groep chronisch somatisch zieken (16%) en vragen over de 'klaar met leven'-problematiek (23%). Iets minder dan de helft (10%) van de 'klaar met leven'-problematiek bestond uit vragen om dodelijke middelen. Er waren 121 hulpvragen (13%) afkomstig van psychiatrische patiënten, die van informatie werden voorzien en ondersteund door de 2 psychologen in dienst van de NVVE.<sup>48</sup> De overige hulpvragen konden telefonisch worden afgehandeld door de coördinatoren.

Bij een NVVE-ledenbestand van ruim 100.000 zijn er dus jaarlijks ongeveer 500 vragen (56% van 952) waarvoor LOD-medewerkers op pad gaan om informatie te verschaffen of te bemiddelen bij artsen. Als deze bemiddeling mislukt en de cliënt persisteert in zijn doodswens, dan komt het een enkele keer tot een begeleiding naar het zelfgekozen einde. Dit kwam in de periode maart 2000 tot en met februari 2001 zes keer voor. Bij een van de zes was een medewerker aanwezig bij de zelfdoding. In de daaraan voorafgaande acht jaar (maart 1992 - februari 2000) waarover cijfers werden bijgehouden, kwam begeleiding naar zelfdoding door de LOD gemiddeld drie keer per jaar voor. Daarnaast kwam het geven van informatie en ondersteuning bij zelfdoding door de twee psychologen in dienst van de NVVE gemiddeld acht tot negen keer per jaar voor. Sinds 1992 hadden de LOD-medewerkers en psychologen tezamen bemoeienis met gemiddeld twaalf zelfdodingen per jaar.<sup>49</sup>

Bijstand bij zelfdoding betreft dus ongeveer 1% van het werk van de LOD-medewerkers, zij het een bijzonder ingrijpend aspect. Dit aspect is in dit boek onder de microscoop gelegd en daarmee uitvergroot. Lang niet in alle gevallen was de begeleider aanwezig bij de zelfdoding. Die aanwezigheid wordt zeker niet gestimuleerd, veeleer ontraden. Men streeft ernaar in de naaste omgeving van de zelfdoder iemand te vinden die bereid is aanwezig te zijn bij de zelfdoding. Maar als die er niet is en de cliënt de uitdrukkelijke wens uitspreekt om de zelfdoding niet in eenzaamheid te

hoeven uitvoeren, geldt de aanwezigheid van een medewerker binnen strikte gedragsregels (zie Bijlage 1) als legitiem. De LOD-medewerker zelf heeft hierin het laatste woord en wordt gesteund in het bewaken van de eigen grenzen.

Om de antwoorden op de in het begin gestelde vragen over de professionele vormgeving van de Leden Ondersteunings Dienst een 'gezicht' te geven, wordt nu een globaal profiel geschetst van de medewerkers, zoals dat uit de interviews in het kader van dit onderzoek naar voren kwam.<sup>50</sup>

Van de zeven geïnterviewden die voor de NVVE werken, waren er zes vrouw, eenzelfde aantal was ouder dan vijftig jaar, allen met een jarenlange beroepservaring in de gezondheidszorg (onder wie een wijkverpleegkundige en [hoofd]verpleegkundigen) of in het maatschappelijk werk. Een van hen werkte behalve voor de LOD ook in de palliatieve zorg. Bijna allen waren gepensioneerd, in de wao of met de vut, zodat zij veel tijd ter beschikking hadden en op korte termijn inzetbaar waren bij een hulpvraag.

Hun motivatie om dit werk te doen, was meestal gegroeid uit ervaringen in hun werk. Daarbij maakten zij meer dan eens een sterfbed mee dat niet goed verliep in de ogen van de patiënt zelf of diens naaste omgeving. Bij enkele vrijwilligers speelde ook een sterfbed van een eigen dierbare een rol, waarbij de communicatie niet goed was verlopen met de betrokken artsen in het ziekenhuis of thuis. Uit die praktijkervaringen was de behoefte gegroeid de eigen ervaringskennis ten dienste te stellen van anderen.

De idee van zelfbeschikking rond het levenseinde staat bij hun begeleiding hoog in het vaandel. Zij proberen bij de huisarts of specialist te bemiddelen voor mensen die een doodswens hebben, bijvoorbeeld omdat zij ernstig ziek zijn of hoogbejaard en het leven moe. Aan personen die zich niet bij een weigering van de huisarts willen neerleggen, geven zij informatie over de middelen waarmee een 'waardige' zelfdoding gerealiseerd kan worden. Dit gebeurt nooit in een eerste gesprek. Wanneer er psychiatrische problematiek aanwezig lijkt, roepen zij de hulp in van de psychologen van de LOD.

Op de interviewvraag of zij in de afgelopen twee jaar bij een zelfdoding aanwezig waren geweest, luidde bij vier van de zeven het antwoord ontkennend. In dat geval werd gevraagd of zij een voorbeeld konden beschrijven dat langer geleden speelde.

De gedragsregels die door het bestuur van de NVVE zijn vastgesteld in geval van aanwezigheid bij een zelfdoding (Bijlage 1)



werden op een enkele uitzondering na, door alle geïnterviewden in acht genomen. De uitzondering betreft de regel: 'Behulpzaam zijn bij het klaarmaken van zelfdodings-medicatie is juridisch strafbaar en derhalve verboden.' In geval iemand door ouderdomskwalen of door een invaliderende somatische ziekte als reuma fysiek niet meer in staat was tot het fijnmaken van de middelen, werd dit overgenomen door de begeleider. Eén begeleider was indirect behulpzaam geweest bij het verzamelen van de dodelijke middelen door aan een kennis in het buitenland te vragen of deze bepaalde middelen wilde kopen en aan de zelfdoder toesturen. Ook wordt soms door de begeleider een suggestie gegeven met welke smoesjes er in het buitenland middelen verkregen kunnen worden.

### *De Einder*

De stichting De Einder werd in 1995 opgericht. Het ideologisch manifest van De Einder is de brochure *Begeleiding van mensen met een doodswens*, waarin de uitgangspunten met betrekking tot autonomie en zelfbeschikking over het levenseinde zijn neergelegd.<sup>51</sup> De stichting telt inmiddels ongeveer twintig 'suicide-counselors', zoals ze zichzelf noemen. In 2000 werd de stichting De Einder Noord opgericht als zelfstandige regionale afdeling met een eigen bestuur.

In het jaarverslag van De Einder over 1999 wordt aangegeven dat er in dat jaar 253 cliënten telefonisch of mondeling met een consultant in gesprek waren, soms maar eenmalig. Door zelfdoding overleden er in dat jaar 33 van de 253 (13%).<sup>52</sup> Dat is te zeggen, van deze 33 is het overlijden bij De Einder bekend. Het is niet van alle 33 bekend of de methode van zelfdoding 'waardig' was, er kunnen ook zelfdodingen door bijvoorbeeld ophanging bij zijn. Eveneens onbekend is of er misschien meer dan 33 van de 253 cliënten door zelfdoding overleden. Niet geregistreerd is bij hoeveel van de zelfdodingen een consultant aanwezig was. In het jaarverslag over 2000 liggen deze cijfers in dezelfde orde van grootte: in dat jaar zijn er 31 zelfdodingen bekend op 284 cliënten met wie men in gesprek was (11%). De interpretatie van deze aantallen komt in hoofdstuk 6 aan de orde, in samenhang met de cijfers die door de NVVE ter beschikking werden gesteld.

Bij de initiatiefnemers tot De Einder zijn zowel geestelijk raadslieden van humanistische huize als maatschappelijk werkers sterk vertegenwoordigd. Het gezicht naar buiten toe werd tot voor kort

bepaald door de gepensioneerd adjunct-directeur van de Geneeskundige Dienst te Haarlem, Jan Hilarius. Ook bij De Einder is een deel van de consulenten werkzaam in de gezondheidszorg, maar daarnaast treft men er ook met een geheel andere achtergrond: enkele journalisten, een hbo-docent filosofie en iemand met een hbo-diploma bedrijfsorganisatie.<sup>53</sup>

Wie zich aanmeldt voor het werk als begeleider, heeft een of meer gesprekken met een ervaren consulent en met enkele bestuursleden, die zelf niet werkzaam zijn als consulent. De aspirant-begeleider dient de inhoud van de brochure te onderschrijven. Blijft hij na deze kennismaking bij de wens zich bij De Einder aan te sluiten, dan wordt hij onder begeleiding ingewerkt door deelname aan het telefonisch spreekuur. Daarna werkt hij zelfstandig.<sup>54</sup> Overleg met andere consulenten wordt dringend aangeraden maar is niet geformaliseerd. Er is geen evaluatie van de medewerker door het bestuur. Van de begeleider wordt niet verwacht dat hij een schriftelijk verslag van de contacten met cliënten ter inzage geeft aan anderen of aan het bestuur.

Twee keer per jaar wordt een themadag georganiseerd, waar ook uitwisseling plaatsvindt van ervaringen en problemen. Het bestuur van De Einder Noord stelt 'dat De Einder Noord geen [dodelijke] middelen verschaft en dat alleen in incidentele gevallen een consulent bij zelfdoding aanwezig is en dan uitdrukkelijk handelt binnen de kaders van de wet'.<sup>55</sup> Het bestuur van De Einder stelt op dit punt: 'Begeleiders dienen [...] nimmer middelen bij zich te hebben bij bezoek aan een cliënt'.<sup>56</sup>

Onder de begeleiders is de man/vrouw-verdeling vrijwel gelijk. Het aantal gepensioneerden onder hen ligt duidelijk lager dan bij de NVVE. Ieder stelt zelf vast of hij een honorarium vraagt. Twee gepensioneerde consulenten berekenden geen honorarium. Anderen rekenden voor een gesprek aan huis honderd gulden per uur, naast een reiskostenvergoeding.

De voorzitter schrijft dat zij De Einder beschouwt 'als een soort pioniersgroep in een gebied – het gebied van de zelfgewilde en zorgvuldig voorbereide dood – dat tot nu toe eigenlijk alleen betreden werd door personen met een medische achtergrond'.<sup>57</sup> In dat verband haalt zij de brochure aan: 'Wij zijn van mening dat het hebben van een doodsverlangen en zelfdoding geen medische aangelegenheden zijn, tenzij betrokkene van het doodsverlangen af wil of voor de zelfdoding middelen wil gebruiken die alleen op voorschrift van de arts verkrijgbaar zijn'.<sup>58</sup>



De professionalisering bij De Einder lijkt minder ver voortgeschreden dan bij de nvve. Mogelijk hangt dit samen met het feit dat De Einder pas 6 jaar bestaat, tegenover de nvve bijna 30 jaar, en in de publieke strijd rond haar bestaan nog niet aan verdere professionalisering is toegekomen.

In het kader van dit onderzoek werden drie van de meest ervaren begeleiders geïnterviewd. Op de vraag of zij ooit, in een schrijnend geval, dodelijke middelen ter beschikking stelden, antwoordde een van de drie ontkennend. De tweede stelde dit in sommige gevallen wel te doen. Het ging dan om situaties waarin de zelfdoder te hulpbehoevend (door ouderdom) of te ziek was om de middelen nog zelf te kunnen verzamelen. De derde overhandigde zelf nooit de middelen, maar gaf soms wel aan de zelfdoder een adres in het buitenland van een tussenpersoon of koerier die bereid was die op verzoek toe te zenden of te overhandigen. Dit gebeurde uit ideële motieven, er werd niet meer dan de kostprijs voor deze middelen gevraagd.

De begeleiders van De Einder vermeldden ervaringen met cliënten die de verantwoordelijkheid bij de begeleider proberen te leggen en met personen die hun doodswens gebruiken om aandacht te krijgen. Sommige cliënten stellen zich zeer afhankelijk op, bijvoorbeeld bij het verzamelen van dodelijke middelen. Wanneer het de cliënt duidelijk wordt dat de begeleider hier niet op ingaat, en dat de cliënt, als hij dood wil, zelf stappen zal moeten ondernemen, breekt deze het contact vaak af.

#### *Gemeenschappelijke aspecten in het werk van de begeleiders*

Zowel bij de nvve als bij De Einder omvatten de contacten tussen begeleider en hulpvrager gesprekken en langerdurende telefonische contacten. In de hier beschreven gevallen varieerde het aantal contacten van minimaal twee in een crisissituatie (Hans, 8.2) tot maximaal meer dan twintig verspreid over een periode van twee jaar (Fré, 4.2). De meeste cliënten hadden tijd nodig om aan de dodelijke middelen te komen, gewoonlijk tussen de drie en de negen maanden. In deze periode waren er gemiddeld één tot twee contacten per maand.

Uit de interviews met medewerkers van De Einder en de nvve komt een vrij homogeen beeld naar voren over de werkwijze: de begeleider treedt op als een advocaat die de belangen behartigt van de zelfdoder zoals deze die zelf ziet. Het is een axioma bij de begeleiding dat men telkens opnieuw de eigen verantwoordelijkheid



van de cliënt benadrukt bij iedere volgende stap die deze zet in de richting van zelfdoding. Deze overeenkomst ligt voor de hand omdat de begeleiders zich aangesloten hebben bij maatschappelijke groepen die ideologisch georiënteerd zijn op 'zelfbeschikking'.

De begeleider zal bij het eerste contact vragen wie er in de naaste omgeving op de hoogte is van de doodswens of daarover geïnformeerd zou kunnen worden. Met name zal besproken worden of de huisarts hiervan op de hoogte is en of deze bij voorbaat afwijzend staat ten opzichte van de doodswens of niet. Hun advies luidt als regel om het gesprek met de huisarts opnieuw aan te gaan, allereerst over de doodswens, pas in een latere fase ook over eventueel gewenste dodelijke middelen.

Afhankelijk van de kwaliteit van de vertrouwensrelatie met de huisarts, kan de zelfdoder tegen zijn arts wel of niet zeggen wat zijn bedoeling is met deze middelen. Als hij verbaal minder vaardig is, of als de relatie met de huisarts grondig verstoord lijkt, zullen sommige adviseurs aanbieden om te bemiddelen en daartoe een afspraak maken met de huisarts. Maar als de zelfdoder niet wil dat de begeleider contact opneemt met een behandelaar, zal deze dit ook niet doen. Men houdt zich aan het recht op veto van een cliënt ten aanzien van het inwinnen van informatie bij derden, zoals dat ook geldt binnen de reguliere hulpverlening.

Wanneer de cliënt de juiste combinatie van middelen in huis heeft en vastbesloten blijft om de zelfdoding ten uitvoer te brengen, neemt de medewerker de concrete uitvoering stap voor stap met de klant door (Marijke, 8.5). Onder meer komen aan de orde: het schrijven van een behandelverbod; het aanwijzen van een gemachtigde die op de hoogte is van de doodswens en bij voorkeur ook van de dag waarop de zelfdoding zal plaatsvinden, zodat deze actie kan ondernemen bij voortijdige ontdekking; diverse maatregelen om de kans op voortijdige ontdekking te minimaliseren; en niet in de laatste plaats, het regelen door wie men gevonden zal worden na het overlijden. Bijvoorbeeld door aan de huisarts de huissleutel over de post toe te sturen met een begeleidend briefje.

Wat betreft de aanwezigheid van de begeleider bij zelfdoding is de onderzochte groep uitzonderlijk. De achttien gevallen in dit vooronderzoek waren immers juist geselecteerd op zijn aanwezigheid bij de zelfdoding (zie de instructie bij de aanvang van het interview in paragraaf 1.4). Vandaar dat in de onderzochte groep de aanwezigheid van een begeleider bij 11 van de 18 gevallen, vermoedelijk hoger ligt dan gewoonlijk.

In dit hoofdstuk en het volgende worden sommige aspecten van de twintig onderzochte zelfdodingen samengevat in tabelvorm. Het is vanzelfsprekend niet mogelijk om de aantallen die in deze uiterst select samengestelde groep zijn gevonden, te generaliseren naar enige populatie. De tabellen dienen slechts om gegevens uit deze unieke groep overzichtelijk samen te vatten. Hun betekenis ontlenen zij daaraan, dat in Nederland niet eerder vergelijkbare gegevens zijn gepubliceerd.<sup>59</sup>

TABEL 5.1  
AANWEZIG BIJ DE ZELFDODING

begeleider en intimi	5
intimi alleen	5
begeleider alleen	6
telefonische begeleiding	2
geen begeleider geraadpleegd	2
	<hr/> 20

Wanneer een begeleider als enige, zonder andere personen aanwezig is bij zelfdoding, loopt hij – indien dit bekend wordt – het risico ongeloofwaardig te zijn met de bewering dat hij niet actief geholpen heeft bij de zelfdoding. Wie als solist aanwezig is bij een zelfdoding, roept daarmee verdenking over zichzelf af.

In het geval van de 94-jarige Laura (4.1) liep de begeleider bewust dit risico om tegemoet te komen aan haar wens dat haar dood niet als zelfdoding bekend zou worden in de serviceflat voor ouderen waar zij woonde. De begeleider sloop na donker over gangen en trappen de flat uit en voelde zich achteraf onplezierig over dit 'stiekeme' gedrag.

Zoals te verwachten valt, speelt de zelfdoder niet altijd open kaart tegenover de adviseur. Onder de twaalf gerapporteerde gevallen in dit boek, zijn er zeven die gedurende een langere periode begeleiding ontvingen. Twee van de zeven cliënten hebben hun begeleider op een belangrijk punt om de tuin geleid. Laura sprak niet over haar zoon die kanker had, wat een motief was voor haar doodswens. Marijke (8.5) verzweeg haar jarenlang zelfbeschadigend gedrag en afhankelijkheid van medicijngebruik. Deze geheimen kwamen naar voren uit mijn interviews met de huisarts van Laura en met de broer van Marijke.

Ook in andere hulpverleningscontacten komt het ongetwijfeld

voor dat cliënten belangrijke informatie achterhouden, maar het is mij niet bekend hoe vaak dit bijvoorbeeld in het contact met de huisarts het geval is. Mariët (8.4) hield belangrijke informatie achter tegenover haar psychiatrische behandelaars. Bij een korter hulpverleningscontact, zoals dat gewoonlijk aan de orde is bij deze begeleiders, is de kans op misleiding wel groter, met name wanneer de zelfdoder andere intimi en de huisarts buiten het overleg houdt.

## 5.2/ De rol van huisarts

Vier lastige keuzes komen ter sprake die inherent zijn aan de rol van de arts in zijn omgang met een vastbesloten zelfdoder. Bij de twintig onderzochte gevallen speelde vrijwel steeds de huisarts die ondankbare rol. Zijn professionele opstelling in de mise-en-scène brengt met zich mee dat het niet te vermijden valt dat hij in enkele terugkerende dilemma's positie moet kiezen. Hier worden deze dilemma's besproken aan de hand van de verzamelde twintig gevallen.

### *De kwestie 'ziek' of niet?*

In de eerste plaats is er de 'grenskwestie' die sinds de zaak Brongersma in de publieke schijnwerper staat: is de persoon die dood wil 'ziek' of niet? Met andere woorden, bevindt de persoon met een doodswens zich binnen of buiten het medisch domein? Binnen het medisch domein betekent in deze discussie dat de arts in principe, mits aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, gerechtigd is om hulp bij zelfdoding te verlenen. Buiten het medisch ziektedomein zou hij, althans volgens sommigen, nooit daartoe gerechtigd zijn, ongeacht of aan de geldende voorwaarden is voldaan.<sup>60</sup>

De vraag 'ziek of niet?' wordt hier ingeperkt tot de twintig gevallen die verzameld zijn. Hij blijkt niet eenduidig te beantwoorden op grond van de medische diagnoses die bij deze personen zijn gesteld. Twee valkuilen spelen de deelnemers aan de discussie parten. Ten eerste: ouderen die ernstig gehandicapt zijn door slechtiendheid ten gevolge van een onbehandelbare, vaak degeneratieve oogziekte, worden in de publieke discussie meestal 'niet ziek' genoemd en daarmee buiten het medisch domein geplaatst. Dat geldt in dit onderzoek voor Laura (4.1). Het geldt bijvoorbeeld



ook in het proefproces tegen huisarts Sutorius voor de heer Brongersma, over wie gezegd wordt dat hij 'niet ziek' was. Brongersma's invaliderende oogziekte geldt in het debat over de 'pil van Drion' niet als een 'echte ziekte'. De aanduiding 'niet (echt) ziek' maakt in het publieke debat de bemoeienis door een arts bij zelfdoding ongerechtvaardigd.

Het is koorddans en om niet door deze polemiek meegesleept te worden. Vooropgesteld zij dat ik de beantwoording van de vraag hoeveel van de twintig gevallen in dit onderzoek 'ziek' waren of niet, aan de lezer wil laten. Als sociologisch onderzoeker zie ik het slechts als mijn taak gegevens aan te dragen die de lezer in staat stellen zelf een keuze te maken waar hij de grens rond het ziekte-domein wenst te trekken.

In tabel 5.2 is invaliditeit die samenhangt met een medische diagnose (bijvoorbeeld artrose die het lopen belemmert, hardhorendheid die deelname aan gesprekken onmogelijk maakt, of slechtziendheid die lezen of tv-kijken verhindert) ondergebracht in de categorie somatische diagnoses. Maar de beslissing of iemand met een dergelijke handicap in het lopen, zien of horen ook 'echt ziek' is, of 'voldoende ziek' om bemoeienis door een arts bij hulp bij zelfdoding te rechtvaardigen, dient de lezer zelf te nemen.

De tweede valkuil in dit debat is het gevolg van een speciale omstandigheid die een rol speelt bij psychiatrische diagnoses zoals 'depressie', die bij mensen met een doodswens gesteld wordt (Rosi, 4.2). Hier doet zich het omgekeerde voor als bij ernstige somatische invaliditeit: de persoon wordt door de psychiatrische diagnose binnen het medisch domein getrokken en daarmee '(echt) ziek' verklaard. Maar waar bij een somatische diagnose doktershulp bij zelfdoding in principe te rechtvaardigen valt, sluit een psychiatrische diagnose doktershulp bij zelfdoding vrijwel altijd uit omdat een 'depressie' vaak wilsonbekwaam maakt om weloverwogen te kiezen voor de dood. Datzelfde geldt mogelijk ook voor rouw die, zoals bij Jaap (8.6), aanleiding was om te kiezen voor de dood. Is 'rouw ten dode' een psychiatrische ziekte? Daarover bestaat nog geen consensus. Daarom is in onderstaand overzicht dit als aparte categorie opgenomen, zodat de lezer zelf kan kiezen hoeveel 'zieken' er bij de twintig gevallen waren.

Bij weer anderen in de hier onderzochte groep lijkt de categorie 'psychosociale problematiek' meer recht te doen aan de klachten en symptomen waarvoor zij een psycholoog of psychiater consul-

teerden. Er bestaat binnen de psychiatrie geen overeenstemming of psychosociale problematiek berust op een psychiatrische 'ziekte'. Daarom wordt ook deze categorie apart vermeld.

TABEL 5.2

AANWEZIGHEID VAN SOMATISCHE/PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE, PSYCHOSOCIALE PROBLEMATIEK OF RECENTE VERLIESERVARING<sup>61</sup>

uitsluitend somatische diagnoses (Rie)	10
somatische diagnose & psychosoc. probl. (Anna)	3
uitsluitend psychiatrische diagnose (René)	3
rouw door recente verlieservaring (Jaap)	2
diagnose 'anorexia': man weegt 37 kg (Hans)	1
uitsluitend psychosociale probl. (Fré)	1
	<hr/>
	20

Wie psychosociale problematiek en ernstige rouw tot de psychiatrische ziekten rekent, vindt in deze onderzoeksgroep bij alle twintig personen een medische en/of psychiatrische diagnose. Wie een strikt somatische afgrenzing van 'ziekte' verkiest, ontdekt in deze groep slechts tien personen met een 'ziekte' zonder duidelijke psychiatrie. In drie (of zes? of acht? of tien?) gevallen bestond er ook een psychiatrische ziekte, al dan niet in combinatie met een somatische ziekte. Van de tien personen met een somatische diagnose, hadden er een aantal een invaliderende oogziekte (Jacques, Laura, Rosi), wat niet geldt als een 'echte ziekte'. Alles overziende lijkt het zowel bij somatische als bij psychiatrische diagnoses niet zonder willekeur waar men de grens van het medisch domein trekt.

'Ziekte' als grens voor doktershulp bij zelfdoding blijkt een elastisch criterium. Omdat de ene soort ziekte (somatisch) hulp van de arts bij zelfdoding te rechtvaardigen zou maken, terwijl de andere soort ziekte (psychiatrisch) dit vrijwel uitsluit, lost de aanwezigheid van een ziekte op zich in deze discussie weinig op. Wie de aanwezigheid van een somatische ziekte vereist voor doktersbemoedienis bij zelfdoding, stuit op de reeds gesignaleerde complicatie: bij veel voorkomende somatische ziekten bij ouderen, zoals artrose of netvliesdegeneratie, waarvoor de 'patiënt' onder controle van artsen is, bestaat er geen consensus meer of een oudere binnen of buiten het medische domein valt zodra deze een doodswens naar voren brengt. De grens van het medisch domein wordt dan opnieuw, en anders, getrokken.

Bij de presentatie van deze onderzoeksgegevens hoeft hierin geen standpunt te worden ingenomen. Vanuit sociologisch perspectief maakt de beslissing 'ziek of niet' deel uit van een heen en weer golvende strijd tussen burgers, artsenstand en overheid.<sup>62</sup> Daarin worden nu eens bepaalde gedragingen binnen het ziekte-domein ingelijfd (voorbeeld: de wao-problematiek), dan weer buitengesloten (voorbeeld: homoseksualiteit<sup>63</sup>). Vandaag de dag geldt een daadwerkelijk verlangen naar de dood met name voor psychiaters altijd als een ziekte die behandelbaar is.<sup>64</sup> Ook dat standpunt, dat doodswensen inlijft binnen het ziekte-domein als een behandelbaar fenomeen, maakt onderdeel uit van de maatschappelijke strijd rond het zelfgekozen levenseinde die gaande is.

De problematiek van medische assistentie bij zelfdoding van ouderen speelt vrijwel uitsluitend bij huisartsen. Velen van hen vragen zich af waar zij bij ouderen met een doodswens de lijn tussen ziekte en gezondheid willen, mogen of durven trekken. Zo dadelijk zal besproken worden welke keuze de huisartsen maakten bij de ouderen onder deze twintig gevallen die om dodelijke middelen verzochten.

Het tweede dilemma voor de artsen in dit onderzoek speelt rond de volgende samenhangende vragen: Werd zijn hulp bij zelfdoding gevraagd? Werkte hij eraan mee wanneer hij deze hulp niet openlijk wilde geven?<sup>65</sup>

Om hoeveel gevallen gaat het? Jacques en Anna overleden door te stoppen met eten en drinken. Bij Hans is de doodsoorzaak onduidelijk doordat hij, tegen zijn verlangen in, door langdurig hongeren en dorsten was uitgeteerd. Er blijven dus 17 gevallen over die overleden door het innemen van een dodelijke combinatie van middelen. Hoe kwamen deze personen daaraan?

In tabel 5.3 wordt samengevat langs welke wegen de 17 personen de dodelijke middelen hadden verworven.

TABEL 5.3  
DODELIJKE MIDDELEN VERKREGEN

op verzoek gekregen van een arts	5
met smoesjes van een arts	5
bij arts of apotheek in buitenland	2
via vriend of familie in buitenland	4
onbekend	1
	<hr/>
	17



Bij de eerste drie categorieën is het de persoon zelf die de middelen verzamelt, in totaal in twaalf gevallen. In vier gevallen kreeg men de middelen van familie of vrienden in het buitenland, via Morpheus' koeriers. Onduidelijk is of deze koeriers altijd op de hoogte waren waarvoor de middelen gebruikt zouden worden.

In vijf gevallen schreef de huisarts of diens waarnemer de dodelijke middelen voor zonder te weten dat ze voor zelfdoding gebruikt zouden worden. Marijke (8.5) is hiervan een duidelijk voorbeeld.

Vijf keer schreef een arts dodelijke middelen voor terwijl hij op de hoogte was dat ze voor zelfdoding gebruikt zouden worden. Een keer betrof het een man van 59 jaar met uitgezaaide kanker, die vergeefs behandeld was. Hij wilde zelf het moment van overlijden in eigen kring kunnen kiezen. Op zijn verzoek kreeg hij van zijn longarts de dodelijke middelen daartoe in handen. In aanwezigheid van familie nam hij ze in.

In het Dossier wordt Rie (8.3) uitvoerig beschreven. Zij leed aan een ernstige hartziekte in combinatie met neurologisch uitval die gepaard ging met chronische pijn. De huisarts wilde in zijn christelijke plattelandspraktijk liever niet openlijk euthanasie verlenen, ook al leek aan de zorgvuldigheidseisen voldaan.

De overige drie personen aan wie de huisarts dodelijke middelen voorschreef waren 78, 89 en 94 jaar oud. Deze laatste is reeds besproken (Laura, 4.1). Een man van 78 had kort tevoren een ziekte van het evenwichtsorgaan ontwikkeld die nog goed behandelbaar was maar die voor hem toch aanleiding vormde om zijn huisarts om dodelijke middelen te vragen. Hij beschouwde zijn leven als afgerond. Na gesprekken bleek de huisarts bereid de middelen te geven. Hij voltrok de zelfdoding in eigen kring: in aanwezigheid van een goede vriendin met daarbij tevens een voorlichter van een 'waardig' sterven-groepering, die de vriendin tot steun kon zijn en die het proces bewaakte.

Het derde geval betreft een vrouw van 89. Bij haar doodswens speelde verlies van zelfredzaamheid door blindheid een rol, naast verdriet om haar een jaar tevoren overleden dochter. Schoonzoon en kleinkinderen konden haar leven onvoldoende inhoud geven. De huisarts bleek bereid de middelen voor te schrijven, mits niemand hiervan zou weten, met name ook zijn praktijkassistente niet die sterk afwijzend tegenover 'euthanasie' stond. In aanwezigheid van een begeleider voor 'humaan' sterven nam zij de middelen in en overleed.

'Drionproblematiek' speelde in deze onderzochte groep bij meer personen een rol, maar in elk geval ook bij deze drie van de zeventien zelfdodingen met medicijnen. Het speciale bij deze drie ouderen was dat de huisarts op verzoek de dodelijke middelen voorschreef, wetend waarvoor ze gebruikt zouden worden. Hij meldde hun zelfdodingen als een natuurlijke dood. Alleen de huisarts van Laura nam ook verantwoording voor het slagen ervan door zijn toezegging te zullen 'helpen' als de zelfdoding niet zou volgen.

Artsen bewandelen blijkbaar soms sluipwegen als zij achter het verzoek kunnen staan maar geen problemen met Justitie willen krijgen. Dat is bekend genoeg. Nieuw in dit onderzoek is dat blijkt dat de arts in twee van de vijf gevallen waarin hij meewerkt, geen conflict wil krijgen met de sociale omgeving waarin hij zijn praktijk uitoefent. Die omgeving is 'anti-euthanasie'. Daarom volgt hij een sluipweg. Deze reden voor hulp door een arts in het geheim bij zelfdoding, heeft weinig met angst voor Justitie te maken. Zij wordt in de literatuur niet genoemd.

Het derde dilemma is even delicaat. Indien de arts weet op welke plaats en tijd de apotheose zich zal voltrekken, verzet hij zich dan tegen het voornemen van zelfdoding door dit fysiek te beletten of door dwang te gebruiken op grond van de Wet Bijzondere Opnemingen in Psychiatrische Ziekenhuizen? Of stelt hij zich afstandelijk op, gedooft hij misschien het besluit van iemand die zichzelf dood gaat maken, zoals de huisarts van Rick (2.2) deed? Is hij in dat geval niet strafbaar omdat hij weet heeft van de zelfdoding en deze niet belet?

In de praktijk doen zich vier mogelijke houdingen van de arts voor ten opzichte van het voornemen tot zelfdoding:

(1) De arts is op de hoogte van het voornemen tot zelfdoding en werkt daar op enigerlei wijze aan mee, kortweg: de arts is 'wetend & meewerkend' (Laura 4.1).

(2) De arts is op de hoogte en besluit zich afzijdig op te stellen: 'wetend & gedogend' (Rick, 2.2).

(3) De arts is op de hoogte en probeert de zelfdoding te verhinderen: 'wetend & tegenwerkend' (René, 8.4).

(4) De vierde mogelijkheid is dat de arts niet op de hoogte is van het concrete voornemen, hij is 'onwetend' (Rosi, 4.2).

Zelfdoders die tegenwerking van hun behandelaar kunnen verwachten (zoals René en Mariët in de psychiatrie), zullen er

naar streven de behandelaar onwetend te houden. Omdat diens onwetendheid hier het directe gevolg is van zijn vroegere tegenwerking, zijn deze artsen ondergebracht in de categorie wetend & tegenwerkend. De arts van Rosi (4.3) valt onder onwetend. Zij hield hem in onwetendheid, niet omdat zij redenen had zijn tegenwerking te vrezen maar omdat zij vond dat het niemand iets aanging.

Tabel 5.4 geeft de verdeling van de twintig zelfdodingen over deze vier mogelijkheden:

TABEL 5.4  
ARTS EN HET CONCRETE VOORNEMEN VAN ZELFDODING

wetend & meewerkend	5
wetend & gedogend	3
wetend & tegenwerkend	7
onwetend	3
onbekend wat arts wist	1
geen huisarts	1
	<hr/>
	20

De categorie wetend & meewerkend doet de vraag rijzen waaruit de medewerking van de artsen precies bestond. Deze vijf gevallen zijn onder het tweede dilemma reeds besproken. Zij schreven op verzoek medicijnen voor die in overdosis dodelijk zijn, terwijl zij op de hoogte waren dat deze gebruikt zouden worden voor zelfdoding. Eén keer deed een specialist dit, in de andere vier gevallen betrof het de huisarts, die de gevraagde dosering soms in kleine porties voorschreef, soms in één keer.

Deze voorbeelden van – voor de samenleving – onzichtbare hulp bij zelfdoding door artsen brengt voor hen weinig of geen risico met zich mee. Wanneer de arts het overlijden van de hoogbejaarde meldt als een natuurlijke dood, zoals vier keer gebeurde, komt er geen externe controle in de vorm van een lijkschouwer. Maar zelfs als dit wel gebeurt (Rie, 9.3) doordat de huisarts het overlijden meldt als onnatuurlijke dood, kan de lijkschouwer hoogstens laten onderzoeken welke dodelijke middelen zijn ingenomen en door wie deze zijn voorgeschreven. Als blijkt dat dit door de huisarts gebeurde, zal het lastig te bewijzen zijn dat deze wist van het voornemen tot zelfdoding en nog lastiger dat hij het middel voor dat doel heeft voorgeschreven.



De vierde kwestie doet zich voor als de laatste akte wordt bereikt: meldt de arts het overlijden als natuurlijke of als onnatuurlijke dood? Welke afweging maakt hij daarbij?

TABEL 5.5  
MELDING ALS NATUURLIJKE/ONNATUURLIJKE DOOD

natuurlijke dood	7
onnatuurlijke dood	12
onbekend	1
	<hr/>
	20

Zelfdoding behoort wettelijk gemeld te worden als een onnatuurlijke dood. Onder de zeven meldingen als 'natuurlijke' dood is er het geval van Marijke (8.5) waarbij de arts twijfelde of de dood het gevolg was van een tweede hersenbloeding of van suïcide. Hij wilde dit niet via een sectie laten uitzoeken.<sup>66</sup> De twee gevallen van zelfdoding door te stoppen met eten en drinken werden allebei als een natuurlijke dood gemeld. Er bestaan geen richtlijnen hoe dit overlijden gemeld behoort te worden. In de resterende vier gevallen vulde de arts bewust een onjuiste overlijdensverklaring in. Soms kwam hij daarmee tegemoet aan de wens van de overledene dat diens dood niet als een 'zelfdoding' bekend zou worden (Laura, 4.1). In andere gevallen was zijn motief om de nabestaanden, of hemzelf, een onderzoek door lijkschouwer en recherche te besparen.

### 5.3/ De rol van intimus

Bij zelfdoding in eigen kring zijn de dierbaren die weet hebben van wat er speelt, veruit de belangrijkste tegenspeler. Tijdens het jarenlange proces van besluitvorming tot en met de uitvoering worden zij bij vlagen overspoeld door verbijstering, woede en machteloosheid. Hun opstandig verzet wordt ingetoomd door het risico dat ze het vertrouwen verspelen van de regisseur en om de tuin worden geleid bij de uitvoering van diens voornemen. Een dierbare die dit proces niet langer aan kan zien, heeft alle ruimte om zich terug te trekken uit de gesprekken. Maar de intimus die tot het laatste toe met een vastbesloten zelfdoder in gesprek wil blijven, zal alle tact aanspreken waarover hij beschikt, alle emotionele registers, en alle reserves aan zelfbeheersing.

Zelfdoders hebben vaak geen levenspartner meer en dat gaat ook op voor deze groep. Slechts vijf van de twintig waren nog gehuwd of samenwonend ten tijde van hun overlijden. Het verschil met hoe zelfdoding gewoonlijk verloopt, is dat in alle gevallen dat er een partner was, deze bij de besluitvorming betrokken werd. Drie keer was de partner aanwezig bij de zelfdoding, de andere twee keer werd vlak voor het innemen van de middelen afscheid van elkaar genomen en verliet de partner de kamer of het huis (zie tabel 5.6). Hij of zij wilde de uitvoering niet aanzien.

Van de acht keer dat de zelfdoder kinderen had, werd in zes gevallen afscheid van hen genomen. Slechts één keer waren zij erbij aanwezig, in de overige vijf gevallen vond het afscheid tevooren plaats. Van de twee keer dat men geen afscheid nam, kwam dit in één geval doordat er vrijwel geen contact meer met de kinderen bestond. In het andere geval wilde de zelfdoder dat zijn kinderen niet zouden weten dat hij zijn leven door zelfdoding beëindigde, omdat hij meende dat dit een smet op zijn nagedachtenis zou kunnen zijn.

Ouders hadden de onderzochte zelfdoders zelden meer, wat gezien de leeftijd van de meesten te verwachten viel. In de drie gevallen dat er ouders waren, bleven zij twee keer bij de zelfdoding aanwezig (Rick, 2.2, en René, 2.3). De derde, Marijke (8.5), aarzelde of ze haar ouders zou vertellen wat ze van plan was, zodat ze afscheid van elkaar konden nemen. Uiteindelijk besloot zij dit niet te doen omdat zij de belasting voor hen te groot achtte als zij zouden weten dat zij zich gingen doden.

Bij één hoogbejaarde waren er geen intimi die zij in vertrouwen kon nemen (Fré, 4.3).

Van de achttien personen die een adviseur raadpleegden, waren er dus bij zestien een of meer personen aanwezig bij de zelfdoding. Deze gegevens werden in tabel 5.1. reeds samengevat.

TABEL 5.1  
AANWEZIG BIJ DE ZELFDODING

begeleider en intimi	5
intimi alleen	5
begeleider alleen	6
telefonische begeleiding	2
geen begeleider geraadpleegd	2
	<hr/>
	20

Tabel 5.1 wordt in tabel 5.6 nader uitgesplitst met betrekking tot de aanwezige intimi. Toelichting: bij Jacques waren twee kinderen aanwezig, maar dit is als 1 gescoord omdat er slechts bij één zelfdoding kinderen aanwezig waren. Per zelfdoding zijn soms meerdere intimi aanwezig, vandaar dat het totaal hoger is dan de tien keer dat er volgens tabel 5.1 intimi aanwezig waren.

TABEL 5.6  
INTIMI BIJ ZELFDODING BETROKKEN

	<i>aanwezig bij zelfdoding</i>	<i>afscheid kort tevoren</i>
5 × is er een partner	3 keer	2 keer
3 × zijn er ouder(s)	2 keer	–
8 × zijn er kind(eren)	1 keer	5 keer
partner van kind	2 keer	–
broer / zus	4 keer	–
vriend(in)	2 keer	2 keer
dominee	1 keer	–

#### 5.4/ De rol van gezagsdrager

‘Opeens was de kamer vol blauw’, vertelt de schoonzoon van Rie (8.3). Wanneer de huisarts of dienstdoend arts gewaarschuwd wordt, zal deze als regel de lijkschouwer in kennis stellen van de onnatuurlijke dood, zoals zelfdoding in de wet genoemd wordt (zie tabel 5.5).

Het overlijden van Jacques door versterven werd door de huisarts gemeld als een natuurlijke dood door ‘cachexie’, wat zoveel wil zeggen als uitmergeling. Bij Anna zei de dienstdoend arts: ‘Laten we het maar op een natuurlijke dood houden.’ De huisarts reageerde de volgende dag: ‘Zoiets absurds heb ik nog nooit meegemaakt.’ Er bestaan geen richtlijnen hoe de dood gemeld dient te worden na een bewuste keuze om te sterven door te stoppen met eten en drinken.

Bij drie hoogbejaarden die hun zelfdoding graag geheim wilden houden, kwam de huisarts aan hun wens tegemoet door een natuurlijke doodsoorzaak in te vullen, bij alle drie ‘hartstilstand’. Bij twee van hen mislukte de maskerade en vermoedde de omgeving toch dat er zelfdoding in het spel was.

In twaalf gevallen werd er een lijkschouwer gewaarschuwd die



de politie inschakelde. Het optreden daarvan varieert sterk wat betreft de mate van wantrouwen dat er criminele handelingen hebben plaatsgevonden. Aan het ene uiterste staat de lijkschouwer bij Rosi, die tegenover de recherche liet doorschemeren dat het misschien wel een geval van euthanasie betrof dat door de huisarts als zelfdoding werd voorgesteld. Het andere uiterste ziet men na het overlijden van Hans, bij wie de recherche zich openlijk verbaasde dat bij deze uitgemergelde man door de huisarts geen 'euthanasie' was verleend.

## 6/ Kwantitatieve aspecten van zelfdoding met zorg

In dit hoofdstuk wordt het dramaturgisch perspectief van Goffman even verlaten ten gunste van een zijtak van de kwantitatieve sociologie die zich met de bestudering van suïcides bezighoudt. Het doel ervan is te proberen enig zicht te krijgen op de frequentie waarin de hier beschreven ongewone variant van zelfdoding voorkomt. Daartoe moet eerst in 6.1 gekeken worden naar de frequentie van zelfdoding met een combinatie van slaapmiddelen en andere medicijnen die in overdosis dodelijk zijn. Deze omvang is minder eenduidig dan de cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) suggereren. Aansluitend wordt in 6.2 een aannemelijke ondergrens gespecificeerd en een minder duidelijke bovengrens.

### 6.1/ De frequentie van zelfdoding met medicijnen

Velen schrijven de media grote invloed toe, ook als het gaat om zelfdoding. In 1995 en 1996 was er in de pers veel aandacht voor informatie over 'waardige' zelfdoding. In 1995 werd de stichting De Einder opgericht, die zich ten doel stelt mensen te begeleiden die op zoek zijn naar een waardige dood. Zij gaf hierover een brochure uit. Het CDA-Tweede-Kamerlid Van der Burg verzocht de minister de verspreiding te verbieden van deze 'handleiding waarin gedetailleerd wordt beschreven hoe iemand zelfmoord kan plegen met een plastic zak'.<sup>67</sup> Dat verbod is er niet gekomen, wel veel publiciteit.

Evenzo verging het de NVVE, die in 1996 *Het Schotse boekje* uitbracht met informatie over combinaties van middelen die via de slaap tot de dood leiden. Het Pro Life Overleg Platform kondigde een kort geding aan om een verbod op de verspreiding ervan te eisen.<sup>68</sup> Het kort geding is niet doorgezet; van *Het Schotse boekje* zijn vijf jaar later bijna 14.000 exemplaren verkocht.<sup>69</sup>

Enkele jaren later verplaatste de publieke verontrusting zich naar het internet. Al in 1995 had Karin Spaink verwezen naar een website met praktische informatie over zelfdodingsmethoden.<sup>70</sup> Pas in 2000 ontstond een kortdurende 'hype' toen *de Volkskrant*

een stukje over de 'zelfdestructiepagina' van een zekere 'Thisbe' op het internet kopte met: 'Website geeft uitgebreid informatie voor perfecte zelfmoord'.<sup>71</sup> Deskundigen uitten hun verontrusting over het mogelijke effect hiervan.<sup>72</sup>

De vraag is of de publieke aandacht in de media enig waarneembaar effect heeft gehad op het totale aantal zelfdodingen.<sup>73</sup> Uit de cijfers in tabel 6.1 blijkt dat dit niet het geval is. Het totale aantal zelfdodingen schommelde de afgelopen jaren tussen de 1500 en 1600 per jaar en is sinds 1995 niet gestegen.

In kringen van De Einder en van de NVVE valt de gedachte te beluisteren dat er door hun activiteiten een verschuiving zal optreden van 'harde' naar 'humane' methoden van zelfdoding. Tabel 6.1 toont dat de aantallen bij de harde methoden geen daling laten zien. Alle publiciteit in 1995 en 1996 over de mogelijkheid van 'waardig' sterven zonder doktershulp, heeft niet tot een afname van harde methoden geleid.<sup>74</sup>

Misschien heeft alle aandacht in de media wel invloed gehad op het aantal zelfdodingen met medicijnen. Dat is immers de methode die zowel in de brochure van De Einder als in *Het Schotse boekje* als waardig gepresenteerd wordt en waarover concrete informatie wordt gegeven. Nooit eerder was er zo'n omvangrijke en herhaalde 'voorlichtings-campagne' over deze manier van zelfdoding als in 1995 en 1996. Uit tabel 6.1 blijkt dat ook het aantal zelfdodingen met medicijnen niet is gestegen.<sup>75</sup> Maar misschien is dat schijn die bedriegt.

In paragraaf 5.1 werd vermeld dat de NVVE jaarlijks betrokken is bij gemiddeld 12 humane zelfdodingen. Uit de twee beschikbare jaarverslagen van De Einder over 1999 en 2000 bleek het aantal bekende zelfdodingen met begeleiding van De Einder respectievelijk 33 en 31 te zijn. Aangenomen dat dit allemaal 'humane' zelfdodingen waren – het jaarverslag spreekt zich hier niet over uit – komt het totaal van de jaarlijks bij de NVVE ( $\pm 12$ ) en De Einder ( $\pm 32$ ) bekende en zorgvuldig voorbereide zelfdodingen op om en nabij 44. Als deze het gevolg zouden zijn van de aandacht in de media in 1995 en 1996, dan zou een toename van om en nabij 44 zelfdodingen in de categorie zelfdoding door medicijnen (10% van de omvang van deze categorie) in principe zichtbaar moeten zijn, tenzij er een overeenkomstige daling plaatsvond in één andere categorie. Vergelijkt men de aantallen zelfdodingen door medicijnen met de jaren vóór het optreden van De Einder en vóór *Het Schotse boekje*, dan is van enige toename niets zichtbaar. De CBS-



gegevens bieden geen steun aan de veronderstelling dat de activiteiten van beide organisaties, met alle publieke aandacht die zij kregen, verantwoordelijk zijn voor een toename van zelfdodingen met medicijnen.

Voor het gelijk blijven van de aantallen zelfdoding met medicijnen, zijn vier mogelijke verklaringen te geven die hier achtereenvolgens besproken worden. Deze opsomming is niet uitputtend. Twee van de vier stellen dat die toename er wél is maar om specifieke redenen onzichtbaar blijft. De twee andere stellen dat die toename er niet is. Dit alles is relevant voor een beter begrip van de vraag die straks aan de orde komt: hoe vaak komen de in dit boek besproken zelfdodingen eigenlijk voor? Eerst is de vraag aan de orde: is er misschien een toename van zelfdoding met medicijnen die in de zelfdodingsstatistiek onzichtbaar blijft?

TABEL 6.1.  
DOODSOORZAKEN 1990-1999

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Totaal	1620	1611	1587	1555	1584	1511	1577	1570	1519	1517
Medicijnen / alcohol en drugs <sup>1</sup>	198	217	253	253	254	248	242	256	242	265
Vergiftiging met andere stoffen	39	38	9	31	35	23	30	29	34	20
Ophangen voor trein / bewegend voertuig	642	638	597	609	648	647	680	667	666	652
Verdrinken	196	194	232	206	217	173	161	169	169	168
Van hoogte springen	219	191	187	156	153	129	133	130	136	121
Vuurwapen / snijden	182	177	161	153	106	135	153	130	100	131
Gas / koolmonoxide	81	74	81	87	84	73	91	92	82	92
Overige en onbekend	23	33	30	26	35	32	21	33	30	28
	40	49	37	34	52	51	66	64	60	42

1. Zelfdoding door alcohol en drugs in 1996: 39 personen; in 1997: 38 personen. Het aantal zelfdodingen met medicijnen bedraagt strict genomen in die jaren dus 209, respectievelijk 218.

Bron: CBS

De eerste redenering veronderstelt een samenhang tussen enerzijds de toegankelijkheid van euthanasie of hulp bij zelfdoding door een arts en anderzijds zelfdoding zonder hulp van een arts. Anders gezegd: als euthanasie beter toegankelijk is, zou voor sommige mensen het motief van fysiek lijden voor zelfdoding vervallen.<sup>76</sup> Vergeleken met 1990 werd in 1995 een toename van euthanasie door artsen geconstateerd van 2.300 naar 3.200.<sup>77</sup> Het is goed mogelijk dat sommige mensen van hun arts de humane dood krijgen, die zij anders buiten het medisch circuit bij de NVVE of De Einder zouden hebben gezocht. Als de toename van euthanasie door artsen ook na 1995 is doorgegaan, dan heeft, naast andere mogelijke factoren, de media-aandacht voor waardig sterven misschien mede tot een toename van het zelfgekozen moment van sterven geleid. Maar deze toename bleef onzichtbaar in de zelfdodingsstatistieken doordat hij terecht kwam in de rubriek euthanasie. Daarmee werd zelfdoding overbodig, althans in een aantal gevallen. Over de omvang van deze groep is niets bekend.

Een tweede redenering luidt: er is wel een toename van zelfdodingen met medicijnen maar deze blijft in de statistieken onzichtbaar doordat het overlijden niet gemeld wordt als zelfdoding maar als natuurlijke dood. Inderdaad is er bij zelfdoding sprake van een onderrapportage, die door Brunenberg geschat wordt op 20 tot 40%.<sup>78</sup> Het is echter zeer de vraag of deze onderrapportage sinds 1995 plotsklaps zo omvangrijk is geworden, dat deze een substantiële toename van zelfdodingen met medicijnen onzichtbaar kan maken. In dit onderzoek bleek bij 7 van de 20 gevallen een zelfdoding niet als zodanig gemeld te zijn (tabel 5.5). Die onderrapportage stemt overeen met genoemde schatting van 20 tot 40% in de literatuur.

Nu volgen twee verklaringen voor het onzichtbaar blijven van een toename van zelfdoding met medicijnen, die er beide op neer komen dat die toename domweg niet bestaat. De eerste is simpel: 'waardige' zelfdodingen mislukken vaak, ook met de beste informatie. Daarom is er geen stijging. De NVVE gaf mij informatie hoeveel zelfdodingen er met goede voorbereiding plaatsvonden en met welke combinatie van middelen. Zoals eerder gezegd, vonden er jaarlijks gemiddeld 12 met zorg voorbereide zelfdodingen plaats met een combinatie van middelen die in principe dodelijk is. Daarvan mislukte er over een periode van acht jaar sporadisch een enkele (2% van de hele groep). Deze verklaring voor de afwezige stijging van humane zelfdodingen lijkt weinig aannemelijk omdat

deze zelfdodingen bijna allemaal slagen. Een zelfdoding die met zorg wordt voorbereid en uitgevoerd, mislukt volgens de cijfers van de NVVE praktisch nooit.

De tweede verklaring is eigenlijk meer een stelling die zich baseert op de zelfdodingscijfers in tabel 6.1. De stelling luidt: het publieke debat over het zelfgekozen, 'waardige' levenseinde en over de 'pil van Drion' heeft geen invloed op het aantal humane zelfdodingen, noch op het totaal aantal zelfdodingen. Ook alle informatie over humane zelfdoding en alle begeleiding door niet-artsen heeft geen invloed hierop. Deze stelling gaat lijnrecht in tegen de bezorgde intuïtie dat laagdrempelige informatie en begeleiding bij humane zelfdoding een toename ervan oplevert. Die toename zou vooral dreigen als deze informatie veel aandacht in de media krijgt. Deze intuïtie wordt ingegeven door overschatting van de invloed van de media op zelfdoding. Daarentegen gaat de stelling uit van het gegeven dat in Nederland tussen 1990 en 2000 geen enkel geregistreerd zelfdodingscijfer deze bezorgde intuïtie ondersteunt. De ongeveer 45 zelfdodingen die door De Einder en de NVVE zijn begeleid betreffen deels, misschien wel merendeels, personen die zich zonder deze begeleiding ook gedood zouden hebben. Dat komt bijvoorbeeld naar voren uit de beschrijvingen van personen in dit onderzoek die minimaal contact hadden met een begeleider (Jacques, 2.1; René, 2.3).

Het zal duidelijk zijn dat deze vier redeneringen elkaar niet uitsluiten. De redenering dat een goed voorbereide zelfdoding vaak zou mislukken, wordt weersproken door de gegevens hierover die de NVVE verzamelde. De andere drie redeneringen zouden heel goed samen kunnen gaan. Het ligt voor de hand dat van de ongeveer 44 zelfdoders die jaarlijks bij de NVVE en De Einder informatie ontvingen, een deel zich ook gedood zou hebben zonder die begeleiding. Het is aannemelijk dat een aantal zelfdodingen met medicijnen onzichtbaar blijft door onderrapportage van humane zelfdodingen. In dit onderzoek gold dat voor zeven van de twintig zelfdodingen (tabel 5.5). Vooral interessant is de hypothese dat toenemende hulp van artsen bij euthanasie, een toename van zelfdoding met medicijnen overbodig maakt.



## 6.2/ Hoe vaak komt zelfdoding met zorg voor?

De vraag in de Inleiding luidde of er enige aanwijzing is hoe vaak een nauwkeurig voorbereide 'humane' zelfdoding voorkomt. Het lijkt mogelijk een ondergrens en een bovengrens aan te geven van 'zelfdoding-met-zorg' zoals deze uit de hoofdstukken 3 en 4 naar voren kwam. Daar werd besproken dat zelfdoding met zorg ruimer is dan de categorie zelfdoding in eigen kring.

Reeds eerder werden twee bronnen genoemd, die tezamen een indicatie geven in welke orde van grootte de frequentie minimaal ligt.

Ten eerste, de NVVE verschaftte mij inzage in zelfdodingen tijdens of na contacten met hun vrijwilligers en hun psychologen over een periode van 8 jaar. In totaal zijn in die periode 92 zelfdodingen op humane wijze bij de NVVE bekend, waarbij hun medewerkers betrokken waren. Dat wil zeggen gemiddeld in 12 gevallen per jaar. Bij de personen die na ontvangst van voorlichting over 'waardige' zelfdoding het contact met de NVVE hebben beëindigd, is vaak niet te achterhalen of zij zich later alsnog gedood hebben. Het getal van twaalf is daarom wat aan de lage kant, het zullen er vermoedelijk meer zijn. Van deze personen is bekend dat zij zich gedood hebben en dat dit op humane wijze gebeurde.

Een tweede bron vormen de jaarverslagen van De Einder over 1999 en 2000. Deze vermelden dat van 33 cliënten (in 1999) en 31 (in 2000) bekend is dat suïcide plaatsvond tijdens of na contacten met een adviseur. Daarbij wordt opgemerkt dat er in 1999 een groep is van 153 cliënten die het contact hebben afgebroken of afgesloten, cliënten van wie onbekend is of zij zijn overleden. Dat maakt het getal van 33 (respectievelijk 31) zelfdodingen per jaar tot een vermoedelijk te lage schatting. Onbekend is of al deze 33 (respectievelijk 31) personen zich op een 'humane' wijze hebben gedood. Bekend is slechts dat er zelfdoding plaatsvond en dat deze personen tevoren verzochten om informatie over een 'waardige' wijze van sterven.

Telt men de aantallen van de NVVE en De Einder bij elkaar op, dan komt men op 45 gevallen per jaar, waarvan bekend is dat zelfdoding plaatsvond na overleg met een consulent. Dat zijn vast niet allemaal zelfdodingen met zorg geweest. Een aantal ervan vond misschien toch impulsief plaats of niet met de humane methode waarover informatie was gegeven. Anderzijds is dit getal van 45 te

laag, want ook zonder advies van een consulent vindt zelfdoding met zorg plaats (Rosi, 4.3, Jaap 8.6). Bovendien zijn niet alle zelfdodingen bij de verenigingen bekend.

Het aantal van 45 per jaar geeft mijns inziens een globale en voorlopige ondergrens aan van de frequentie van zelfdoding met zorg. Dit lijkt een relatief harde ondergrens, omdat de cijfers van beide organisaties over meerdere jaren bekend zijn en opvallend stabiel. Op 1500 tot 1600 zelfdodingen per jaar ligt de ondergrens van zelfdoding met zorg dus mogelijk in de orde van grootte van 3% van het totale aantal suïcides. Gericht nader onderzoek is noodzakelijk.

Lastiger is het een enigszins nauwkeurige indicatie te vinden voor een bovengrens. Hiervoor is slechts een indirecte aanwijzing in de CBS-gegevens over het aantal zelfdodingen met medicijnen. Het CBS registreerde de laatste jaren ongeveer 250 zelfdodingen met medicijnen (zie tabel 6.1). Daarvan moeten de  $\pm 40$  zelfdodingen door alcohol en drugs afgetrokken worden. In de resterende groep ( $\pm 210$ ) bevinden zich echter een onbekend aantal zelfdodingen met humane methoden, die *niet* volgens een plan en *niet* in overleg hebben plaatsgevonden. Er zijn zelfdoders bij die impulsief naar de dodelijke middelen hebben gegrepen die in huis waren. Ook zijn er zelfdoders die een nauwkeurig voorbereid plan uitvoeren en een humane methode gebruiken maar die hierover met niemand overleggen.

Bij zelfdoding met zorg is er naast een humane methode ook overleg met tenminste één andere persoon, hetzij een dierbare hetzij een buitenstaander van de NVVE of De Einder. Het aantal zelfdodingen met zorg zal dan ook aanzienlijk lager liggen dan de 210 zelfdodingen met medicijnen. Anderzijds is het getal 210 aan de lage kant omdat de zelfdodingen hierin ontbreken die niet als suïcide zijn gemeld maar als natuurlijke dood. Deze onder-rapportage van suïcides wordt, zoals eerder gezegd, geschat op 20 tot 40%.

Bovenstaande overziend is het niet aannemelijk dat het aantal nauwkeurig voorbereide zelfdodingen met inslaapmiddelen hoger zal zijn dan 210 per jaar. Het zal aanzienlijk lager liggen, maar hoeveel lager is onduidelijk. Het getal van 210 zelfdodingen met medicijnen vormt een te hoog plafond voor de frequentie waarmee zelfdoding met zorg plaatsvindt.

In de literatuur treft men onderzoek aan over de frequentie van zelfdodingen die aangeduid worden als 'rationele' suïcide.<sup>79</sup> Het

idee van een zelfdoding op rationele gronden gaat terug op de Stoa<sup>80</sup> en heeft in de geschiedenis van het denken over zelfdoding als ideaal gefungeerd, als norm waaraan zelfdoding door 'de wijze' zou voldoen. In reactie daarop werd het concept een steen des aanstoots, met name voor wie aan onbewuste motieven een grote rol toekent.

Van Tol heeft dit concept gebruikt in zijn dissertatie. Hij stelde 'afwezigheid van een psychiatrische diagnose' als voorwaarde. Iedere methode, ook het pistool, kan in zijn onderzoek bij een rationele suïcide gebruikt worden. Overleg voorafgaand aan de zelfdoding wordt door hem niet in de afbakening van het begrip betrokken. Hij deed retrospectief onderzoek bij ruim 1000 overlijdensverklaringen door lijkschouwers en vond in 3 tot 5% van alle zelfdodingen een 'rationele suïcide'.

Van Tol bakent rationele suïcide in alle opzichten anders af dan de zelfdodingen met zorg die in dit onderzoek via medewerkers van NVVE en De Einder werden gevonden. Zo bleek uit dit onderzoek dat een duidelijke psychiatrische diagnose en zelfdoding in eigen kring samen kunnen gaan (René, 2.3). Daardoor verschaft de door hem gevonden frequentie geen houvast voor de frequentie van nauwkeurig voorbereide en humane zelfdodingen die in dit onderzoek zijn beschreven.

Samenvattend kan voor het fenomeen zelfdoding met zorg zonder doktershulp een ondergrens en een bovengrens aangegeven worden. Mogelijk ligt de frequentie tussen 45 en 210 per jaar. Gericht onderzoek hiernaar is gewenst. Ik vermoed dat bij verder onderzoek een aantal gevonden wordt dat dichterbij de ondergrens ligt dan bij de bovengrens.



## 7/ Een sociologisch perspectief op zelfdoding in eigen kring

In dit afsluitende hoofdstuk wordt het toneel verbreed. De onderzochte groep zelfdodingen die tot nu toe voor het voetlicht kwam, neemt slechts een zeer klein deel van het toneel in beslag, vergeleken met veel vaker voorkomende beslissingen over het eigen levenseinde. In het vorige hoofdstuk werden nauwgezet voorbereide en humane zelfdodingen kwantitatief geplaatst binnen de wijde cirkel van alle zelfdodingen. Met name werden zij onderscheiden van andere zelfdodingen met medicijnen die zonder overleg met wie dan ook en impulsief plaatsvinden.

De keuze voor de eigen dood wordt in Nederland ook regelmatig met bijstand van een arts genomen en volvoerd. Dan spreekt men van euthanasie of van doktershulp bij zelfdoding. Wat is precies het verschil? In Nederland wordt de term euthanasie gewoonlijk in ruime zin gebruikt en verwijst zowel naar euthanasie in strikte zin (het injecteren van een dodelijk middel) alsook naar doktershulp bij zelfdoding, waarbij de arts een dodelijk drankje of tabletten overhandigt. Door dit op te drinken of deze op te eten verricht de persoon zelf de dodende handeling.

Dit ogenschijnlijk kleine verschil in de wijze van uitvoering van de zelfgekozen dood – zelf opeten of inspuiten door de arts – betekent in andere landen het verschil tussen zelfdoding en moord. Dit is de reden dat in gesprek met buitenlanders de term euthanasie verwarrend is. Want in Nederland heeft de term ‘euthanasie’ iets geruststellends gekregen, als betrof het een maatschappelijk probleem dat min of meer gekanaliseerd is. Maar deze geruststellende klank van ‘euthanasie’ zorgt voor spraakverwarring, omdat ‘euthanasie’ in het buitenland geassocieerd blijft met nazi-praktijken, met grootschalige en systematische moord op weerloze burgers. In Duitsland spreekt men dan ook van ‘Sterbehilfe’, in de Verenigde Staten van ‘physician assisted suicide’. ‘Doktershulp bij zelfdoding’ heeft daar een geruststellende klank, want als iemand het middel zelf inneemt valt er in principe enige garantie te geven dat er geen sprake is van moord. ‘Physician assisted suicide’ is daarom in de vs bespreekbaar, in de staat Oregon is dat zelfs gelegaliseerd. Maar ‘euthanasia’ door artsen is volstrekt onbespreekbaar en door het Amerikaanse Hooggerechtshof, bestaande uit negen rechters, unaniem afgewezen.<sup>81</sup>

Uit onderzoek weten we dat artsen in 1995 bij 3600 personen op verzoek een dodelijke handeling verrichtten.<sup>82</sup> Deze 3600 sterfgevallen met hulp van een arts behoren tot het medische domein. Vierhonderd worden benoemd als zelfdoding met medische hulp, 3200 heten in Nederland 'euthanasie'. Deze laatste zijn wat betreft de gestelde zorgvuldigheidseisen identiek met doktershulp bij zelfdoding, zij verschillen slechts in de wijze van uitvoering van de dodende handeling. Sociologisch gezien is er in alle 3600 gevallen sprake van zelfdoding met medische bijstand. Ook euthanasie in de typisch Nederlandse betekenis van dood op uitdrukkelijk verzoek, is een zelfgekozen dood, een vorm van zelfdoding met bijstand van artsen. De medische bijstand omvat meestal een dodelijke injectie, incidenteel een dodelijk drankje.

Er zijn geen aanwijzingen dat Nederland uitzonderlijk is in de omvang van het aantal dodende handelingen door artsen. Voorzover er elders kwantitatief epidemiologisch onderzoek is verricht dat vergelijkbaar is, komt daaruit naar voren dat het totaal aan dodende handelingen door artsen in het verborgene – de som van euthanasie in strikte zin, hulp bij zelfdoding én levensbeëindiging zonder verzoek – elders niet lager ligt.

TABEL 7.1  
DODENDE HANDELINGEN DOOR ARTSEN,  
IN PERCENTAGES VAN HET TOTAAL AANTAL STERFGEVALLEN<sup>83</sup>

	Vlaanderen 1998	Australië 1995	Nederland 1995
euthanasie	1,1%	1,7%	2,4%
hulp bij zelfdoding	0,1%	0,1%	0,2%
levensbeëindiging zonder verzoek	3,2%	3,5%	0,7%
totaal	4,4%	5,3%	3,3%

Deliens concludeert voor de situatie in Vlaanderen dat '...the administration, prescription or supply of lethal drugs in Flanders is discussed less often with the patient and practised more without an explicit request of the patient than in the Netherlands'.

Uit de gevalbeschrijvingen in dit onderzoek blijkt dat er rond de vraag om medische bijstand bij zelfdoding regelmatig een conflict rijst tussen arts en patiënt dat leidt tot een patstelling waarin de begeleider te hulp geroepen wordt. Heel duidelijk is dat te zien

bij Anna (8.1) die verbaal zeer beperkt was in haar mogelijkheden. De huisarts van Hans (8.2) had bezwaren die verwoord werden in termen van 'u bent nog niet terminaal'. Deze laatste eis is in de jurisprudentie nooit gesteld, zoals bijvoorbeeld Rick (2.2) opmerkte. Deze personen trokken zich uit de onderhandelingen met hun huisarts terug en zochten ten einde raad informatie en bijstand bij een begeleider.

Dit conflict tussen arts en patiënt rond het zelfgekozen levens-einde wordt door artsen en juristen besproken in termen van de vraag of er net wel of nog net niet voldaan is aan de geldende zorgvuldigheidseisen. Zelden wordt in medische kring erkend dat het voorkomt dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, zoals de SCEN-consulent van Jacques (2.1) oordeelde, maar dat een arts ook dan de macht heeft de toegezegde hulp te weigeren zonder dat beroep hiertegen mogelijk is.

Hier wordt dit conflict sociologisch bekeken. Dat houdt in dat de wijze waarop arts en patiënt de situatie verschillend waarnemen, herleid wordt tot hun verschillende positie. Met dat verschil in positie gaat een ongelijke machtsverdeling gepaard die meestal ertoe leidt dat de patiënt zich neerlegt bij de weigering.<sup>84</sup> Soms, zoals bij de in dit onderzoek beschreven gevallen, loopt het conflict zo hoog op dat de zwakste partij, de patiënt, een externe bemiddelaar te hulp roept. Deze bemiddelaar heeft kennis over en ervaring met 'humane' zelfdoding zonder doktershulp.

Eerst komt nu de rol van de huisarts aan de orde, die van alle medische specialismen veruit het meest met dit probleem te maken heeft. Vervolgens komt de positie ter sprake van personen die vaak ernstig ziek zijn, die zich een specifieke voorstelling hebben gemaakt van de door hen gewenste dood, en hun arts daarbij om hulp vragen. Pas na de bespreking van de botsende perspectieven tussen huisarts en zelfdoder, kan de rol van de niet-medische begeleider of consulent sociologisch geplaatst worden.

Tot slot worden de ideeën besproken die A. de Swaan ontwikkelde over 'uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht'.<sup>85</sup> In het verleden is voor allerlei sociale problemen een maatschappelijk aanvaardbare oplossing gezocht door ze binnen het medisch domein te brengen. In het verlengde van die conflictbeheersingsstrategie is de maatschappelijke regulering van euthanasie en hulp bij zelfdoding onder regie van de arts gebracht. De personen in dit boek waren echter van mening dat zichzelf hun dood in regie mochten nemen omdat dit tot het privé-domein van de burger



behoort. Twee regisseurs van het drama van het zelfgekozen levenseinde met medische bijstand, kunnen met geven en nemen samenwerken. Maar er hoeft niet veel te gebeuren of de strijd vlamt op over wie de 'eindregie' heeft.

Ik zal laten zien dat de maatschappelijke regulering van medische bijstand bij het zelfgekozen levenseinde een ingebouwd rolconflict bevat. Dit rolconflict is door de recente wetgeving allerm minst afgezwakt.

### 7.1/ De huisarts als representant van de samenleving

Als officiële representant van de samenleving zijn artsen verantwoordelijk gesteld voor een zorgvuldige gang van zaken rond het zelfgekozen moment van sterven. Verlichten van ernstig lijden in de ruime zin van het woord, niet slechts in de zin van pijn lijden, staat in hun beroepsopvatting centraal. Men noemt dat kortweg het motief van barmhartigheid om tot actieve stervenshulp over te gaan. Maar barmhartigheid die als prijs heeft het overlijden van de patiënt, blijft voor de uitvoerder van de dodende handeling altijd beladen met dubbelzinnigheid.

Haverkate onderzocht hoe vaak in 1995 in Nederland aan een arts de vraag werd gesteld om euthanasie of hulp bij zelfdoding. Het aantal *uitdrukkelijke* verzoeken om hulp bij zelfdoding op *afzienbare* termijn lag rond de 9.700 keer per jaar, waarvan er 3.600 (37%) ingewilligd werden. Het aantal verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding *te zijner tijd*, bedroeg in datzelfde jaar 34.500, drie tot vier keer hoger dan het aantal *uitdrukkelijke* verzoeken op *afzienbare* termijn en bijna tien keer hoger dan de 3.600 ingewilligde verzoeken.<sup>86</sup>

Haverkate noemt als redenen of oorzaken van de 6100 (63% van 9700) gevallen waarin het verzoek door een arts niet werd uitgevoerd: in 28% van de gevallen overleed de patiënt voordat een definitieve beslissing was genomen; in 6% veranderde de patiënt uiteindelijk van gedachten en in 27% ( $\pm$  2500 gevallen) weigerde de arts definitief.<sup>87</sup> In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de definitieve weigeringen, voorzover de afwijzing plaatsvindt door huisartsen. Dat zijn er minder dan 2.500. Maar exacte cijfers geeft Haverkate hierover niet. De besproken zelfdoders in eigen kring bevinden zich in deze groep, die op een definitieve weigering van hun huisarts stuitten.

Tegen de achtergrond van deze cijfers krijgt de last die op huisartsen rust reliëf. De meerderheid van euthanasie en hulp bij zelfdoding vindt in huiselijke omgeving plaats. Een huisarts verricht gemiddeld iets minder dan één keer per 2 jaar euthanasie of hulp bij zelfdoding.<sup>88</sup> Dat betekent jaarlijks per huisarts gemiddeld zo'n 5 verzoeken om euthanasie op termijn. Het absolute aantal verzoeken is zeer verschillend en sterk afhankelijk van allerlei demografische factoren. De artsen die principieel nooit overgaan tot euthanasie krijgen zelden of nooit zo'n verzoek. Bij anderen gaat er geen week voorbij zónder verzoek. Van der Maas (1991) en Van der Wal (1996) toonden een substantiële stijging van het aantal verzoeken op termijn: van 25.100 naar 34.500. Euthanasie nam in vijf jaar toe van 2300 naar 3200, hulp bij zelfdoding bleef onveranderd op 400. Zelfdoding met bijstand van de arts is bespreekbaar geworden en er zijn geen tekenen die erop wijzen dat dit na 1995 minder is geworden.

Het verzoek aan de huisarts om op termijn een dodende handeling te verrichten kan niet tijdens het spreekuur afgehandeld worden. In de gesprekken die op het eerste verzoek volgen gaat het soms niet zachtzinnig toe, zo blijkt uit ingezonden brieven van huisartsen.<sup>89</sup> Menig burger is de opvatting toegedaan: 'Het is toch mijn leven en mijn dood, waarom doet u daar zo moeilijk over?' Meermalen wordt dit in eisende vorm gebracht: 'U hebt het recht niet dit te weigeren. Ik mag zelf over mijn dood beschikken.' Deze nooit opdrogende stroom verzoeken geeft emotionele druk en op den duur soms ook aversie voor het gemak waarmee sommige burgers menen een dodende handeling van hun arts te mogen claimen. Dat staat haaks op de beroepsopvatting van artsen, die zichzelf niet wensen te beschouwen als een drogist voor dodelijke middelen. 'U vraagt, wij draaien' of 'De klant is koning' zijn slogans die hem tegen de haren instrijken. Mondige burgers laten zich echter niet makkelijk het zwijgen opleggen.

Dit conflict leidt tot een proces van onderhandelen, wat tijd vergt, die ook voor artsen een schaars goed is geworden. Bij een uitdrukkelijk verzoek om dodelijke hulp op afzienbare termijn komt daarbij een tijdrovend proces van overleg met familie, wijkverpleegkundige en thuiszorg, van consultatie en van verslaglegging. De financiële tegemoetkoming die hier tegenover staat is nihil omdat overlegtijd niet gedeclareerd kan worden. Er staat grote bevrediging tegenover wanneer arts en patiënt het eens worden om van een dodelijke handeling af te zien. Maar Haverkate



vond dat slechts in 6% van de 9700 uitdrukkelijke verzoeken de patiënt van gedachten veranderde, lees: het verzoek introk.

Artsen laten regelmatig weten hoe belastend het verrichten van een dodende handeling voor hen is, zowel op grond van eigen geweten en beroepsopvatting, als door de druk van toetsing door commissies, die de gedachte aan Justitie en Inspectie nog niet geheel kunnen uitbannen. Sinds de toetsingscommissies tussen arts en strafwet zijn geschoven en er een wettelijke regeling is gekomen, is de vrees voor vervolging misschien verminderd, maar andere onzekerheden zijn gebleven. Dat blijkt uit het strafproces tegen de huisarts Van Oijen<sup>90</sup> en uit de zaak Brongersma van de huisarts Sutorius. Ieder proces confronteert andere huisartsen met een nieuwe golf vragen van strijdbare burgers die hun zorgen hebben over hoe zij zullen sterven: 'Toch niet als die mevrouw van dokter van Oijen!' Het ingaan op deze vragen is voor de huisarts tijdrovend en wordt slecht betaald. De 'onderhandelingen' zijn ook een emotioneel belastend proces, zowel als de arts bij zijn weigering blijft, alsook, op geheel andere wijze, als hij het verzoek uiteindelijk inwilligt.

De arts heeft aldus een nieuwe last op zijn schouders gekregen doordat de samenleving hem tot regisseur van zelfdoding met medische bijstand heeft benoemd. Reeds eerder was hij door de samenleving ook aangesteld als bewaker van de toegang tot de medicijnkast. Deze rol is rond 1870 door artsen veroverd, na jarenlange strijd met drogisten en apothekers.<sup>91</sup> Vandaag de dag zit deze rol hem soms in de weg. Met name in die gevallen, waarbij hij liever niet ingaat op een verzoek om hulp bij zelfdoding, maar tegelijkertijd dat verzoek niet onredelijk vindt. We kwamen dit in de gevalsbeschrijvingen tegen bij Laura (4.1) en Rie (8.3). In deze gevallen had de huisarts er geen moeite mee om de dodelijke middelen aan zijn patiënt te geven voor eventueel gebruik op termijn, maar wenste hij om diverse redenen geen verantwoordelijkheid te dragen voor hulp bij zelfdoding. De verantwoordelijkheid van de arts als sleutelbeheerder van het medicijnkastje blijkt voor deze huisartsen juridisch en moreel minder zwaar te wegen dan zijn verantwoordelijkheid voor een dodende handeling.

Dit onderscheid speelt mee in het debat over de 'pil van Drion' en zal mogelijk aan belang winnen als de 'grijze golf' baby-boomers de huisartsen bereikt. Een generatie ouderen die cultureel is gevormd in de jaren zestig, opent het vooruitzicht op een vasthoudend vragen om enigerlei vorm van assistentie bij zelfdoding. In



een bijdrage van mij uit 1998 bespreek ik twee scenario's die assistentie bij zelfdoding in de toekomst kan aannemen. Het eerste scenario gaat uit van artsen die aan de huidige zorgvuldigheidseisen vasthouden. Als reactie daarop zullen ouderen zich de dodelijke middelen verschaffen met behulp van 'Morpheus'-koeriers'. Deze illegale handel in dodelijke cocktails ligt voor de hand gezien het huidige gedoogbeleid rond roesmiddelen, dat burgers geleerd heeft zich verboden middelen langs andere kanalen aan te schaffen. In het tweede scenario zal enigerlei rol voor de arts bij het zelfgekozen levenseinde van wilsbekwame ouderen stap voor stap worden aanvaard, met name ook in 'klaar met leven'-situaties.

### 7.2/ De euthanasieprocedure bezien vanuit de patiënt met een doodswens

Anders dan in de Middeleeuwen beschouwt men tegenwoordig het overlijden als iets dat behoort tot het meest intieme domein van het individuele bestaan.<sup>92</sup> Bij alle beslissingen die behoren tot de privé-sfeer, van anticonceptie tot abortus en van de seksuele voorkeur tot de eigen uitvaart, heeft het individu geleerd dat hij de regie in handen heeft. Ook het sterfbed behoort tot dat privé-domein. Op allerlei manieren spant de overheid zich in om iedere burger te leren dat hij als patiënt 'rechten' heeft, waarvoor hij op kan komen.

Op het moment dat de dood op het individu afkomt, door ziekte of door ouderdom, blijkt de regie over het eigen sterven beperkt. De arts heeft de regie daarover stevig in handen. Dat wringt met wat de persoon eerder geleerd heeft.<sup>93</sup> Menig patiënt met een ernstige ziekte vertaalt zijn zorgen over hoe hij zal sterven in een vocabulaire van autonomie over de eigen dood, of, ietwat verwarrend, in een verondersteld claimrecht op een 'waardige dood'.<sup>94</sup> Als individu met een ziekte, dat maar één keer dood kan gaan, heeft hij weinig interesse voor de maatschappelijke rol die zijn dokter tegelijkertijd heeft voor de samenleving.

Dit is de kern van het rolconflict dat in de regulering van euthanasie is ingebouwd: de burger leert dat hij baas mag zijn over zijn complete leven 'binnenshuis', uitgezonderd als hij sterven gaat. Dan moet de arts officieel de regie in handen houden en verantwoording afleggen van iedere dodende handeling op verzoek. Hoe begrijpelijk ook vanuit het oogpunt van controle door de overheid,

deze wettelijke regulering brengt geen rust in de arts-patiënt relatie. Burgers worden door diezelfde overheid – en door elkaar – continu gestimuleerd voor de vormgeving van hun leven in de privé-sfeer op te komen.

Bekijken we nu de besluitvorming bij euthanasie en hulp bij zelfdoding vanuit het perspectief van de personen in dit onderzoek. Deze besluitvorming is meermalen met een examen vergeleken, waarvoor de patiënt globaal in één op de drie gevallen zakt en in één op de drie gevallen slaagt. In de overige gevallen lukt het niet het examen ten einde te brengen omdat men overlijdt of van gedachten verandert en het verzoek intrekt.<sup>95</sup> Sociologisch is het weinig interessant of deze aantallen goed of verkeerd zijn, of er veel minder zouden moeten 'zakken' of juist veel meer, of dat dit alles er op wijst dat artsen zorgvuldig beslissen. Als men de vraag om euthanasie met een examensituatie vergelijkt, ligt het voor de hand twee vragen te stellen: Welke 'zelf-presentatie' (Goffman) bevordert de kans van slagen van iemand met een uitdrukkelijk verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding op afzienbare termijn? Wat doen de mensen die gezakt zijn?

Uit onderzoek is gebleken dat men de meeste kans heeft te slagen voor dit examen als men kanker heeft.<sup>96</sup> Maar ook dan kan het nog mis gaan wanneer het verzoek niet op de juiste wijze wordt gepresenteerd.<sup>97</sup> Slagen vergt een langdurig proces van onderhandelen, en dat op de juiste wijze. Een voorzichtige opening zou bijvoorbeeld zijn: 'Ik ga spoedig dood aan deze ziekte; dan ga ik liever nu al want ik vind het vreselijk om nog afhankelijker te worden van anderen, dat past niet bij hoe ik altijd geleefd heb.' Als men het besluit tot zelfdoding op beheerste wijze kan verwoorden, en vooral zonder een 'eisende' toon aan te slaan, zoals Jacques deed, zal het besluit eerder weloverwogen heten en maakt men meer kans op de gevraagde hulp. Wie niet in staat is tot een consistente verwoording, zal vaak zakken omdat het besluit in dat geval geen weloverwogen indruk maakt. Ook dient men geduldig te wachten op het noodzakelijke overleg met alle betrokken specialisten, en vervolgens op de komst van de consulent.

Er zijn veel 'mis'-dragingen die het mogelijk maken een verzoek als onbeheerst te bestempelen en daarmee als onvoldoende weloverwogen af te wijzen. Hans gedroeg zich te assertief en zelfbewust, hij had veel over voedingsstoornissen gelezen en kon uitstekend verbaliseren. Er was een psychiater die hem beoordeeld had als niet-depressief en wilsbekwaam. Maar zijn verzoek werd



afgewezen omdat hij volgens een consulent-huisarts anorexia nervosa zou hebben. Dat is een psychiatrische diagnose die door de psychiater niet was gesteld. Zolang de veronderstelde 'anorexia nervosa' niet was behandeld, hoefde het verzoek om dodelijke middelen niet in overweging te worden genomen: er was nog geen sprake van uitzichtloos lijden en dus was er niet voldaan aan alle zorgvuldigheidseisen. Voor iemand in een afhankelijke positie is het niet verstandig om te vragen aan welke zorgvuldigheid deze diagnose 'anorexia nervosa' voldoet.

Andere personen in de onderzochte groep 'misdroegen' zich niet maar kregen van hun huisarts te horen dat zij niet in aanmerking kwamen voor hulp bij zelfdoding omdat zij 'niet terminaal' waren (Anna 8.1, Rick 2.2). Toen Rick het waagde te zeggen dat hij gelezen had dat 'terminaal-zijn' niet vereist is voor hulp bij zelfdoding, werd zijn slaagkans er niet beter op.

Anna kon niet zo goed verbaliseren, en zich zeker niet goed verstaanbaar maken door haar neurologische ziekte. De begeleider maakte een afspraak met de huisarts om Anna's zaak te bepleiten als haar tolk en advocaat. Eén dag voor de afspraak met de begeleider verscheen de huisarts aan het bed met het voorstel Anna op te nemen. Dat was reeds het jaar daarvoor zonder resultaat gebeurd. Anna weigerde, en gaf daarmee de huisarts reden haar verzoek om hulp bij zelfdoding af te wijzen. Een hernieuwde opname diende zijns inziens eerst kans van slagen te krijgen, anders was het lijden niet uitzichtloos. Enkele dagen later stopte zij met eten en drinken. Pas de dag van haar overlijden gaf de huisarts, op voorspraak van een psychiater, een minimale dosis morfine.

Het is inmiddels in kringen van de NVVE en De Einder bekend dat wie euthanasie wenst, nooit een 'dwingende' indruk op de arts mag maken. Hun medewerkers instrueren hun cliënten dienovereenkomstig. Ook een al te afstandelijke of rationele houding, waarin geen gevoel doorschemert, zou een arts de indruk kunnen geven dat het met het lijden nog wel meevalt, dat het nog niet echt ondraaglijk is. Dat vermindert de kans op inwilliging van het verzoek. Men moet naar het schijnt leren het besluit tot zelfdoding zodanig te verwoorden dat het de arts als 'redelijk' en 'invoelbaar' overtuigt.

In de pers is de laatste jaren een continue stroom van verhalen over euthanasie op gang gekomen, die enigszins voorziet in de behoefte te weten wat je kunt zeggen of hoe je je behoort te gedragen als het zover is. Met name de niet-medische onderzoekers Pool



(1996) en Thé (1997) gaven gedetailleerde voorbeelden van zelfpresentaties van patiënten met een dodelijke ziekte, die leidden tot afwijzing of tot inwilliging van een euthanasieverzoek. Als niet-medici lijkt hun oog gescherpt voor de vele inconsistenties in het besluitvormingstraject binnen de twee door hen onderzochte ziekenhuizen.

Een hoge mate van zelfbeheersing onder uitzonderlijke omstandigheden – in het aangezicht van de dood – lijkt een vereiste om de arts te bewegen iets te doen waar hij niet toe verplicht is. Die verplichting is er bij andere medische handelingen vaak wel omdat daarbij een medische indicatie aanwezig is. In Nederland is consensus gegroeid onder medici, juristen, ethici en politici, dat er geen medische indicatie bestaat voor hulp bij zelfdoding.<sup>98</sup> Hoe men het ook wendt of keert, bijstand bij zelfdoding door een arts is een gunst, die door patiënten die hierom uitdrukkelijk vragen, in ongeveer één op de drie gevallen met tact en vasthoudendheid verworven kan worden. Maar het blijft een gunst. En naarmate men verder van de dood verwijderd is, minder ‘terminaal’, neemt het gunst-gehalte toe.

Wat doen de patiënten die ‘gezakt’ zijn? Tegen de afwijzende beslissing over een verzoek om hulp bij zelfdoding bestaat geen beroepsprocedure. In theorie zou men kunnen veranderen van arts. In de praktijk neemt geen enkele arts de uitvoering van hulp bij zelfdoding over wanneer er een conflict speelt. Dat bleek toen de huisarts van Jacques (2.1) zijn toezegging introk om hulp bij zelfdoding te geven. De SCEN-arts die met Jacques gesproken had en die meende dat aan alle zorgvuldigheidseisen was voldaan, deed pogingen een andere arts bereid te vinden tot hulp bij zelfdoding. Zijn bemiddeling mislukte. Zelf mocht hij het niet overnemen, omdat de gedragsregels voor SCEN-artsen dat verbieden.

Uit het onderzoek door Haverkate weten we dat er in 1995 2500 afwijzingen waren. De frequentie van zelfdoding met zorg of in eigen kring is in het vorige hoofdstuk geschat tussen de 45 en 200 gevallen per jaar. Blijkbaar gaan de 2500 patiënten met een afgevoerd verzoek zelden of nooit over tot zelfdoding in eigen kring.<sup>99</sup>

Dat komt niet omdat er onoverkomelijke obstakels zijn voor deze vorm van zelfdoding. Het is niet eenvoudig, er is een grote dosis beheerst en planmatig handelen vereist, met daarbij de nodige inventiviteit en doorzetting. Maar gelet op de beschikbare voorlichters van een vereniging als de NVVE, die een grote naamsbekendheid heeft in kringen van ouderen en chronisch zieken,

valt eigenlijk vooral op hoe zelden hun expertise uitmondt in een zelfdoding.

Een belangrijke reden voor de berusting in een afwijzing van het euthanasieverzoek is ongetwijfeld dat de meerderheid van de 2500 afwijzingen mensen betreft in een gevorderde fase van een dodelijke ziekte. Dan is er weinig energie meer over voor de inspannende onderneming die zelfdoding in eigen kring is. Bovendien heeft men zijn arts in die fase hard nodig, zodat een verslechtering van de verstandhouding beter vermeden kan worden. Afhankelijkheid van de arts is dan troef.

### 7.3/ Voorlichting over 'humane' zelfdoding nadat een euthanasieverzoek is geweigerd

Tegen de achtergrond van het rolconflict tussen de arts en de persoon met een doodswens, kan de positie van de voorlichter geschetst worden. Die positie wordt hier sociologisch in samenhang met de officiële euthanasiepraktijk beschouwd.

De medische praktijk van bijstand bij zelfdoding kwam tot ontwikkeling in een langdurig proces van interactie tussen beroepsinhoudelijke richtlijnen, medisch-ethische normen en jurisprudentie. Na vijftienvintig jaar is deze praktijk in wetgeving uitgekristalliseerd en geïnstitutionaliseerd tot een landelijk netwerk van SCEN-consulenten die vooraf toetsen en tot vijf regionale toetsingscommissies die achteraf toetsen.<sup>100</sup>

Aan de periferie van deze officiële medische praktijk, lijkt een vraag te ontstaan naar enigerlei vorm van assistentie bij een eventuele zelfdoding zonder doktershulp. Dat ligt dat voor de hand gezien de eerder besproken 2500 afwijzingen per jaar van expliciete euthanasieverzoeken op afzienbare termijn. Op die vraag sluit een min of meer georganiseerd hulpaanbod aan, dat geboden wordt door de NVVE en De Einder (paragraaf 5.1). De twaalf sterfverhalen laten zien dat er een praktijk van informeren en bemiddelen vorm krijgt. De overgrote meerderheid van de hulpvragen betreft zaken als patiëntenrechten, de manier waarop een behandelverbod geformuleerd kan worden of hoe men met de eigen arts weer in gesprek kan komen over de gewenste hulp bij zelfdoding. Daarnaast wordt door voorlichters informatie verschaft over dodelijke middelen. Uit paragraaf 6.2 blijkt dat daadwerkelijke begeleiding bij zelfdoding relatief zeldzaam is, gelet op



het aantal afwijzingen door artsen van euthanasieverzoeken. Incidenteel vindt er een nauwgezet voorbereide zelfdoding plaats onder begeleiding van een consulent.

De rol van begeleider die bij een zelfdoding aanwezig is, wordt verschillend beoordeeld door de overheid, de artsenstand en de patiënt. Het Openbaar Ministerie arresteerde in april 2000 een begeleider van De Einder op verdenking van actieve hulp bij zelfdoding, een misdrijf tegen het leven.<sup>101</sup> Artsen bestempelen het optreden van de adviseur als een gevaar voor de patiënt, die bij de adviseur geen adequate diagnostiek krijgt, laat staan een goed behandelingsadvies.<sup>102</sup> Uit de gevalsbeschrijvingen blijkt dat de patiënt de voorlichter ziet als iemand die zijn vragen beantwoordt over hoe de zelfdoding op 'waardige' wijze gerealiseerd kan worden en hem niet alleen laat. In het verlengde daarvan beschouwt de begeleider zichzelf als iemand die zich inzet om harde zelfdodingen te voorkomen vanuit ideële opvattingen over zelfbeschikking en 'waardig' sterven.

Er zijn dus drie visies op de begeleider. De overheid ziet hem als iemand die op de grens van de strafwet balanceert en daarbij soms over de schreef gaat. Artsen zien hem als iemand die zich onbevoegd mengt in een medisch probleem. In hun ogen behoort iedere doodswens door een arts beoordeeld en behandeld te worden, ook dan als die behandeling in het verleden mislukt is. De persoon met een doodswens van wie het euthanasieverzoek is afgewezen, ziet de begeleider als iemand die informatie geeft over en bijstand verleent bij zelfstandige zelfdoding. Informatie en bijstand die men bij de eigen arts niet krijgt.<sup>103</sup>

In dit onderzoek blijkt dat de personen die deze vorm van zelfdoding nastreven, afkomstig zijn uit drie groepen. Het betreft patiënten als Jacques of Rick die lijden aan ernstig invaliderende somatische ziekten die niet direct dodelijk zijn en van wie het verzoek om doktershulp bij zelfdoding is afgewezen. In de tweede plaats betreft het personen met een invaliderende psychiatrische ziekte, die na jarenlange psychiatrische behandeling onvoldoende verbetert door medicijnen (René 2.3 en Mariët 8.4). Althans, de persoon zelf beoordeelt die verbetering als onvoldoende. Door psychiaters wordt jaarlijks hulp bij zelfdoding verleend aan aan ongeveer twee personen.<sup>104</sup>

Op de derde plaats is er de groep ouderen zoals Laura of Fré, in situaties die sinds Drion 'klaar met leven'-situaties worden genoemd. Bij hen bestaan meestal wel lichamelijke ziekten, maar



deze worden in het publieke debat niet als 'echte' ziekten beschouwd (zie paragraaf 5.2). Laura's verzoek werd niet afgewezen door de huisarts, maar deze gaf er de voorkeur aan zijn hulp niet te melden. In haar geval speelde de begeleider een bemiddelende rol tussen patiënt en arts. Fré trof twee keer een huisarts die zijn grenzen anders legde dan de huisarts van de heer Brongersma en daarom zocht zij steun bij een begeleider.

Hiervoor is besproken dat het rolconflict tussen arts en patiënt rond het zelfgekozen levenseinde van blijvende aard lijkt omdat beiden goede redenen hebben om de regie in handen te willen houden. De patiënt die van oordeel is dat hij bij belangrijke beslissingen in zijn privé-leven slechts aan dierbaren verantwoording verschuldigd is, zal, als het sterven nadert, de eindregie van de arts niet voetstoots accepteren. In breder maatschappelijk verband betekent dit dat er meer vraag zal komen naar de expertise die organisaties als de NVVE en De Einder te bieden hebben. Met name wanneer de arts geen hulp kan of wil bieden en de zelfdoder zich daar niet bij neerlegt, komt voorlichting en ondersteuning door een consulent in beeld. Zijn maatschappelijke rol is die van vraagbaak en wegwijzer voor mensen met een doodswens in situaties die artsen niet kunnen of niet willen oplossen.

#### 7.4/ Zelfdoding en de grenzen van het medisch domein

In de afgelopen halve eeuw heeft het medisch domein zich opvallend uitgebreid naar terreinen die voorheen niet 'des dokters' waren. De Froe heeft ooit gezegd: 'Iedereen is altijd ziek, maar een ernstige ziekte is een die erger wordt.'<sup>105</sup> De Swaan bespreekt hoe allesomvattend het medisch regiem is geworden en dat 'in breed maatschappelijk verband de vestiging van een medisch regiem niet het werk [is] geweest van een ijzeren voorhoede van artsen, maar integendeel het onbedoelde resultaat van maatschappelijke tegenstellingen waarin artsen betrokken raakten en waarvoor ze een oplossing wisten te bieden, zó dat ze telkens nieuwe beheersfuncties toegewezen kregen'.<sup>106</sup> Eén aspect van dat regiem is de toenemende advisering bij omstreden beslissingen in de levensloop, zoals bij de vaststelling van arbeidsongeschiktheid, bij de toewijzing van schaarse voorzieningen en, als laatste loot aan de lange stam, bij het zelfgekozen levenseinde. Hij betoogt dat deze medi-

sche beheersing berust op 'een collusie, een verborgen medeplichtigheid van de partijen die met elkaar in conflict zijn'.<sup>107</sup>

Ik probeer zijn inzichten nu toe te passen op zelfdoding met medische bijstand. Rond het zelfgekozen levenseinde zijn overheid, artsenstand en de patiënt verwickeld in een proces van conflictbeheersing. Tot nu toe hebben alle drie belang bij de positie van de arts als officiële regisseur. Het belang voor de patiënt is erin gelegen dat zijn verlangen niet langer te hoeven lijden, als medisch legitiem wordt geobjectiveerd: het is niet gek als hij dood wil, hij lijdt écht. De winst van de overheid is gelegen in de maatschappelijke isolering van het conflict omdat medicalisering automatisch een uitzonderingstoestand creëert, waarin andere regels gelden dan in het overige maatschappelijke verkeer. Dat maakt dodende handelingen voor de staat enigszins overzichtelijk en daarmee min of meer beheersbaar. Het belang voor de arts is vooral gelegen in de kansen op aanzien door de bevestiging van zijn uitzonderlijke positie in relatie tot de dood.

Dit aanzien blijkt een kwetsbaar aspect in het maatschappelijk compromis bij conflicten die grotendeels op levensbeschouwelijk terrein liggen. Nogmaals De Swaan: 'Voorzover de gegroeide praktijk niet toereikend is te rechtvaardigen op grond van consensuele medische kennis, zullen binnen de artsenorganisaties evenveel verschillen van opvatting blijken te bestaan als binnen de bevolking als geheel. [...] dan dreigt een openlijk en levensbeschouwelijk conflict binnen de artsenstand.'<sup>108</sup> Tot op heden is dit door de artsenorganisatie KNMG voorkomen. Maar het is de vraag hoe lang dit relatief gesloten front behouden blijft en de openbare kritiek kan weerstaan. 'De uitbreiding van het medisch regiem over zijn legitimiteitsgrenzen heen tast ook het gezag van het medisch corps tegenover de buitenwacht aan, maakt de medische machtsuitoefening tot voorwerp van een openbare discussie en een politieke kritiek, waarin de medische stand per definitie kwetsbaar is omdat het beleid niet te rechtvaardigen blijkt op gronden van medische expertise, de enige grond voor de legitimiteit van de machtsuitoefening.'<sup>109</sup>

Met betrekking tot actief medisch ingrijpen bij het sterven is het medisch domein nog niet helder afgebakend, ook niet na de recente wetgeving. Dat blijkt uit het feit dat er op dit moment tegelijkertijd vier processen lopen die de grenzen van zowel medische als niet-medische bemoeienis rond doodgaan misschien nauwkeuriger kunnen markeren.



Er zijn twee processen in voorbereiding over bijstand bij zelfdoding, die zich vlak buiten het medisch domein afspelen.<sup>110</sup> De rechtbank Den Bosch zal op aanwijzing van het hof een klacht behandelen tegen een psycholoog die bij de NVVE psychiatrische patiënten met een doodswens openlijk informatie en bijstand verleent. Zij publiceerde over haar jarenlange ervaring met dit werk in een vakblad.<sup>111</sup> Daarop kwam geen kritiek van beroepsgenoten noch van de Inspectie. De uitspraak in deze zaak is van belang voor het werk van de Leden Ondersteunings Dienst van de NVVE.

Gelijktijdig loopt er een zaak voor de rechtbank Groningen tegen een geestelijk raadsman die werkt bij De Einder en die bij een zelfdoding aanwezig was. De vraag in deze zaak is of hij slechts aanwezig was bij wijze van morele steun, of dat de officier aannemelijk kan maken dat hij actieve hulp verleende die de dood tot gevolg had. Ook deze uitspraak zal gevolgen hebben voor de werkzaamheden van andere consultants op de grens van het medisch domein.

Van belang is op te merken dat de overledenen in deze twee proefprocessen in het medisch circuit weinig meer te verwachten hadden. De psycholoog had bemoeienis met een vrouw met een ernstige psychiatrische stoornis die reeds langdurig was behandeld. De geestelijk raadsman was aanwezig bij de zelfdoding van een 81-jarige vrouw met een onbehandelbare hersenaandoening. Bij hun huisarts of psychiater konden zij niet terecht voor informatie over 'humane' en doeltreffende zelfdoding. Het is niet duidelijk waar deze patiënten de gewenste informatie en bijstand anders hadden kunnen vinden dan bij de NVVE of De Einder.

Daarnaast lopen twee processen tegen huisartsen, die een nadere afbakening van het medisch domein zullen brengen. De zaak tegen de huisarts Van Oijen betreft geen 'euthanasie' omdat er geen uitdrukkelijk en herhaald verzoek was. Die zaak betreft de grenzen bij levensbeëindigend handelen zonder verzoek door een arts.<sup>112</sup> Jaarlijks gebeurt dat in ongeveer 900 gevallen.<sup>113</sup> Reeds onder minister Hirsch Ballin, in 1991, was het Openbaar Ministerie hiervan op de hoogte. Maar nog niet eerder is het hierover een proefproces begonnen. Dat is opmerkelijk omdat het sterfbed van de patiënte van huisarts Van Oijen al heel lang behoort tot de kern van het medisch domein.

Het proces tegen huisarts Sutorius in de zaak Brongersma zal de buitenzijde van het medisch domein afbakenen in relatie tot hoogbejaarden die hun redenen hebben om niet langer te willen leven.



In dit onderzoek bleek hoe Laura (4.1), die vergelijkbare klachten had als Brongersma, de regie over haar eigen dood in handen kreeg, dankzij recepten die een huisarts met diverse bedoelingen kan voorschrijven. Er blijken wegen te zijn die de dokter minder belasten dan in het geval van huisarts Sutorius. Met name de buitenlandse route met hulp van koeriers hebben enkele zelfdoders in dit onderzoek gevolgd. Deze koeriers hebben 'zelfbeschikking' hoog in het vaandel en handelen vooralsnog niet met een winst-oogmerk. Mits ingebed in een organisatorisch verband, is dit een vorm van niet-medische bijstand bij zelfdoding, die ertoe zou kunnen bijdragen de rol van artsen bij zelfdoding te ontlasten. Het zou misschien voor een huisarts een verlichting betekenen als hij sommige ouderen met een persisterende doodswens zou kunnen verwijzen naar een professionele organisatie, waarin diverse disciplines samenwerken om dit maatschappelijke probleem te kanaliseren, in beheersbare banen te houden.<sup>114</sup>

De zaak Brongersma zal voor ouderen de grenzen verhelderen. Voor hen is de behoefte aan medische bijstand bij zelfdoding de komende jaren onderhevig aan maatschappelijke krachten die ik elders heb beschreven.<sup>115</sup> Het betreft een combinatie van demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Demografisch is er een sterke toename van het aantal ouderen, maar het effect daarvan op het zelfgekozen levenseinde wordt vooral bepaald door sociaal-culturele factoren. Ik noem er vier.

Ten eerste is er de secularisering, waardoor het idee dat lijden altijd een zin zou hebben in brede kring wordt afgewezen. Ten tweede is er een toenemende kritiek op medisch-technische mogelijkheden die lang niet altijd positief ervaren worden door ouderen. Zij leven steeds langer met een vergaand verlies aan zelfredzaamheid, dat de kwaliteit van leven in eigen ogen sterk inperkt, ook met de beste verzorging. In de derde plaats zullen ouderen teleurgesteld worden door een langzaam dalend zorgpeil. Die daling is nu reeds zichtbaar voor wie in de ouderenzorg werkzaam is, vooral door een afnemend aantal inschrijvingen bij opleidingen voor verpleegkundigen. Met geld alleen lijkt dat niet oplosbaar. En ten vierde wint de opvatting terrein, ook bij de overheid, dat de arts-patiënt-relatie in belangrijke mate een contractuele relatie is. Dit gaat gepaard met een toegenomen zelfverzekerdheid van de contractpartij die tot voor kort volstrekt afhankelijk was van de arts en dit niet langer in die mate accepteert. Ook niet als het gaat om de keuze voor het eigen levenseinde.

Het samengaan van vergrijzing met deze sociaal-culturele factoren doet verwachten dat de vraag om medische bijstand bij zelfdoding onder ouderen zal toenemen, ook als er nog geen dodelijke ziekte in het spel is. Zolang ouderen nog wilsbekwaam zijn, wonen zij zelfstandig. De toename in de vraag komt dus geheel neer op de huisartsen. Zelfs als een huisarts bijstand bij zelfdoding aan ouderen in geweten voor zichzelf kan verantwoorden, zal deze toename hem meer belasten.

Er is het voor de hand liggende alternatief dat de overheid terugtreedt en dit terrein overlaat aan het spel van vraag en aanbod op het marktplein. Ouderen die het zich financieel kunnen permitteren, verzamelen de middelen via derden of vanuit het buitenland. Althans zolang zij als 'jongere oudere' nog zelfredzaam zijn. Dit alternatief brengt het risico met zich mee dat de huisarts als vertrouwenspersoon buitenspel komt te staan, met alle nadelen vandien.

De zaak Brongersma lijkt een test te worden voor het tot nu toe bereikte compromis tussen burger, artsenstand en overheid. De wijze waarop straks, na het hof in Amsterdam, de Hoge Raad de toegang tot het medisch domein voor ouderen zal markeren, zal niet zonder gevolgen blijven voor de generatie jongere ouderen, voor de artsenstand en hun vertrouwensrelatie.

## Samenvatting

Dit boek brengt verslag uit van een kwalitatief medisch-sociologisch onderzoek naar het verschijnsel 'zelfdoding in eigen kring'. Ik kwam dit op het spoor door interviews met medewerkers van de nvve en De Einder. Uit de interviews kwam een praktijk van voorlichting over en bijstand bij zelfdoding aan het daglicht, waarover niet eerder onderzoek is gepubliceerd (hoofdstuk 1).

De centrale vragen van dit onderzoek luiden: Hoe verloopt 'humane' zelfdoding zonder doktershulp? (hoofdstuk 2) Wat is de rol van de dierbaren? (hoofdstuk 3) Indien er geen intimi aanwezig kunnen of willen zijn, hoe verloopt in dat geval een nauwkeurig voorbereide 'zelfdoding met zorg'? De drie hoogbejaarde dames die deze weg bewandelden, worden geplaatst binnen de problematiek van het zelfgekozen levenseinde door ouderen zoals H. Drion dit oorspronkelijk heeft geformuleerd (hoofdstuk 4). Welke rol spelen de huisarts en het onbekende personage 'voorlichter' of 'consulent'? (hoofdstuk 5) Hoe vaak komt deze vorm van zelfdoding voor? Heeft aandacht voor methoden van 'waardige' zelfdoding invloed op de frequentie van de diverse methoden van zelfdoding? (hoofdstuk 6) In welk ruimer maatschappelijk verband kunnen deze zelfdodingen in eigen kring worden geplaatst? (hoofdstuk 7)

Wat betreft de opbouw van dit boek is de omvang van de gepresenteerde casuïstiek uitzonderlijk. Twaalf gevalsbeschrijvingen vormen eenderde van de totale tekst. Ter wille van de leesbaarheid zijn zij niet gezamenlijk gepresenteerd. Allereerst zijn in hoofdstuk 2 drie gevallen beschreven, zonder commentaar.<sup>116</sup> Aansluitend volgde in hoofdstuk 3 een bespreking van relevante aspecten van de configuratie 'zelfdoding in eigen kring', waarin deze zich onderscheidt van de meeste andere zelfdodingen. Deze bespreking maakte tevens de overeenkomst en het onderscheid zichtbaar met doktershulp bij zelfdoding.

Daarna volgden in hoofdstuk 4 enkele variaties op het scenario van Drion aan de hand van de zelfdoding van drie ouderen. Ieder van hen had verborgen redenen om de dierbaren erbuiten te laten, zodat het kernaspect van de configuratie 'zelfdoding in eigen kring' ontbreekt. Twee van hen zochten informatie en ondersteuning bij een vereniging voor 'waardig' sterven omdat de huisarts



redenen had om op de achtergrond te blijven. Deze zelfdodingen bleken overeenkomsten te vertonen met de eerder besproken zelfdoding in eigen kring. 'Zelfdoding met zorg' verwijst naar de variant waarbij de dierbaren niet, of slechts op afstand, aanwezig kunnen – of willen – zijn.

In hoofdstuk 5 is de rolverdeling geordend van de consulent, de arts en de dierbare, die de interactie met de zelfdoder aangaan. Bij deze inventarisatie worden ook de andere zes gevalsbeschrijvingen betrokken. Ter wille van de leesbaarheid zijn die echter aan het slot bijeengebracht in het Dossier. Voor inzicht in de rol van de consulent of begeleider wordt uitgebreid stilgestaan bij de organisatie van het werk binnen de NVVE en De Einder.

In paragraaf 6.1 is de veronderstelde invloed van de media ter sprake gekomen op de frequentie van 'humane' zelfdoding met medicijnen. De vraag naar de frequentie van dit type zelfdodingen wordt vaak als eerste gesteld. Maar pas nadat in hoofdstuk 2 tot en met 5 het verschijnsel 'zelfdoding met zorg' is afgebakend, kan er in 6.2. iets gezegd worden over hoe vaak, of hoe weinig, dit voorkomt. Hoewel hiernaar nog geen onderzoek is gedaan, heb ik op basis van cijfers die mij door de NVVE en door De Einder ter beschikking werden gesteld, wel een vermoedelijke ondergrens aangegeven. Uit de zelfdodingsstatistieken van het CBS is een onduidelijke bovengrens af te leiden. Nader onderzoek is nodig om de frequentie nauwkeuriger in beeld te krijgen.

Ter afronding is in hoofdstuk 7 een poging gedaan een sociologisch perspectief te ontwikkelen op het verschijnsel zelfdoding in eigen kring. Daarbij komt een conflict naar voren tussen de burger met een uitdrukkelijk verzoek om zelfdoding op afzienbare termijn en zijn arts. Beiden maken met kracht van argumenten aanspraak op de positie van eindregisseur bij het zelfgekozen levens-einde. De arts heeft die positie ook gekregen van de overheid. Mondige patiënten menen dat de overheid hen in staat behoort te stellen om binnen de privé-sfeer hun eigen keuzes te maken, zolang zij daarmee anderen geen schade toebrengen. Binnen het huidige culturele klimaat lijkt dit conflict voorlopig alleen maar toe te nemen.

In deze constellatie ontstaat er op dit levensbeschouwelijke terrein behoefte aan de expertise van een begeleider bij 'waardige' zelfdoding. Deze vervult de rol van vraagbaak en wegwijzer bij allerlei problemen van eenieder die reden heeft zich zorgen te maken over hoe hij zal sterven en daarvoor onvoldoende gehoor

meent te vinden bij zijn arts. Opmerkelijk is dat het optreden van deze begeleiders in de afgelopen jaren geen waarneembare invloed heeft gehad op het aantal geregistreerde 'humane' zelfdodingen met medicijnen.

Tot slot worden de grenzen van het medisch domein besproken aan de hand van een hypothese van A. de Swaan over uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht. De toegang tot het medisch domein voor ouderen als Brongersma is besproken in het licht van sociaal-culturele ontwikkelingen en in samenhang met drie andere strafzaken die aan het oordeel van de rechter zijn voorgelegd.

# Dossier

## ZELFDODING IN EIGEN KRING

### 8.1/ Anna, 57: 'Versterven kan ik zelf'<sup>117</sup>

Reeds als kind struikelde Anna over haar eigen voeten. Met haar scheefstaand hoofd, trillende handen, spastisch gekromde vingers en slepend rechterbeen maakte zij al vroeg een 'vreemde' indruk. Dat werd versterkt door haar moeilijk verstaanbaar spreken, het leek alsof de tong te groot was voor haar mond. Dat belemmerde het contact met leeftijdgenoten. Een kinderarts stelde de diagnose gegeneraliseerde spierdystonie, een ziekte die met het ouder worden langzaam progressief allerlei bewegingen op pijnlijke wijze belemmert. Later was zij hiervoor in een academisch ziekenhuis onder controle. Therapie in de zin van genezing was uitgesloten, maar er viel wel wat te verzachten.

Anna liet zich door haar ziekte niet uit het veld slaan. Haar handicap maakte dat moeder haar extra verwendde en voortrok ten opzichte van haar twee gezonde zusters. Op school leerde zij al vroeg typen omdat de tremor het schrijven onmogelijk maakte. Zij doorliep de mulo en behaalde het diploma praktijkboekhouden en een rijbewijs. Daarmee kon zij aan de slag op een klein administratiekantoor, waar zij ruim dertig jaar werkte.

Moeder bleef haar met overweldigende zorg als troetelkind behandelen, ook toen zij volwassen was, en Anna liet zich dat aanleunen. Zolang moeder leefde, sprak het voor beiden vanzelf dat Anna bij haar bleef wonen. Zij had gevoel voor humor en kon met een bepaalde charme dingen van mensen gedaan krijgen. Wel bleef alles wat zij deed erg op zichzelf gericht en beperkt tot het kleine kringetje rondom moeder. Thuis hield zij zich bezig met puzzelen, haar postzegelverzameling en heel veel tv-kijken, vooral sport.

Na het overlijden van vader richtte moeder zich met nog meer energie op Anna. Dat bracht haar in een sociaal isolement, omdat moeder het bijvoorbeeld beter vond dat haar 'kind' geen bezoek kreeg en Anna zich hierbij neerlegde. Door haar spraakstoornis maakte zij toch al moeilijk contact, want ze moest vaak vier keer hetzelfde zeggen voordat mensen haar verstonden, of deden alsof. Tot een vriendschap met een man is het nooit gekomen, zij had



alleen op het werk enkele kennissen. Met één zus bestond een speciale band, die moest dus vaak voor tolk spelen. Totdat deze zus trouwde en uit het ouderlijk huis verdween, omdat bij moeder op bezoek komen niet altijd even gezellig was.

Acht jaar voor haar dood kwam Anna in de WAO. Het kantoor kreeg minder klanten en de nieuwe eigenaar kon bezuinigen door haar te laten afkeuren. Anna was woedend en vertelde jarenlang aan wie het horen wilde hoe zij gedumpte was. Zij zag zichzelf nooit als 'invalide'. Hoe moeizaam het lopen ook ging, een rollator kwam het huis niet in. 'Invalide' – dat waren de anderen die gek liepen, daar voelde zij zich ver boven verheven.

Een jaar na haar afkeuring maakte zij een depressie door, waarvoor zij op een PAAZ werd opgenomen en een tijdlang antidepressiva slikte. Onduidelijk is wat het resultaat hiervan was, maar voor Anna zelf blijkbaar niet echt bevredigend want al spoedig weigerde zij alle middelen die de psychiater haar voorstelde, met uitzondering van Seresta om te slapen. Na twee maanden mocht ze naar huis.

Drie jaar later overleed moeder, in de tachtig, acuut aan een hartinfarct. Het werd erg stil in huis, een vriendin had zij aan haar dertig jaar werken niet overgehouden. Anna ging in de buurt wonen van haar ene speciale zus en zwager, in een aanleunwoning, waar de benodigde huishoudelijke hulp en verzorging ingekocht konden worden. De aandacht die haar zuster haar gaf, beschouwde ze als iets vanzelfsprekends. Het haalde natuurlijk nooit bij wat ze van moeder gewend was geweest en dat liet ze ook wel merken. Regelmatig zei ze dat ze niks meer aan het leven had.

Een jaar na het overlijden van moeder werd zij opgenomen op de afdeling neurologie van een academisch ziekenhuis. Ze wilde dat er maar een eind aan haar leven werd gemaakt. De psychiatrisch consulent schreef haar een antidepressivum voor waardoor haar stemming verbeterde. Na drie maanden werd ze met antidepressiva ontslagen met de mededeling dat er aan de invaliditeit niets te verbeteren viel.

Ze werd beoordeeld door een psychiater die aan de huisarts schreef: 'Naar mijn beste weten maakt ze geen depressieve indruk. [...] Met de beste wil van de wereld kan ik geen psychiatrie in engere zin vaststellen, die een opname op onze PAAZ rechtvaardigt.' Er werd een maatschappelijk werker ingezet die zou nagaan of Anna in een woongroep van mensen met een vergelijkbare problematiek wat meer van het leven zou kunnen genieten. Maar

Anna dacht er niet over om bij de 'invaliden' te gaan wonen en besloot te stoppen met het antidepressivum. Ook deelname aan een dagactiviteitencentrum voor gehandicapten wees ze af.

Een jaar later bleef Anna een maand of twee in bed en zei dat ze dood wilde. Haar zus schakelde de Riagg in. Een psycholoog had enkele steunende gesprekken met Anna en haar zuster. Hij kon haar overtuigen om opnieuw antidepressiva te gaan gebruiken, maar zowel het middel dat ze eerder had gebruikt als een nieuw middel gaven dit keer bijwerkingen die voor Anna reden waren ermee te stoppen. Na een tijdje kwam ze weer uit bed en leefde van het ene wekelijkse uitstapje met haar zuster en zwager naar het andere. Het sociale isolement bleef bestaan, maar, zo schreef de psycholoog aan de huisarts, 'dit is ook een duidelijke keus van patiënte'. Haar invaliditeit nam toe maar het was haar zuster niet duidelijk in hoeverre Anna daar echt last van had. Het leek eerder of Anna niets meer had om voor te leven en ook niet wist hoe ze daarin verandering kon brengen omdat ze met moeder altijd in dat kleine cirkeltje had geleefd: moeder en ik.

Weer een jaar later werd zij opnieuw beoordeeld in verband met de vraag om hulp bij zelfdoding, dit keer door een psychiater. Deze stelde als diagnose: 'Ernstige spierdystonie met toenemend sociaal isolement leidend tot een in eigen ogen nutteloos en uitzichtloos bestaan, waardoor suïcidale gedachten.' Anna weigerde de antidepressiva die hij voorstelde. Hij vond geen duidelijke psychiatrische stoornis en zag dan ook geen grond haar met dwang op te nemen.<sup>118</sup> Hij besprak de vraag om hulp bij zelfdoding met de huisarts, en noteerde in zijn dossier dat volgens deze haar lichamelijke toestand en het sociale isolement 'geen uitzichtloos lijden' betekenden en dat er bovendien 'geen sprake was van een stervensfase'. Daarom wilde de huisarts niet op haar verzoek ingaan.

Enkele weken later weigerde Anna opnieuw uit bed te komen. De huisarts kwam, Anna zei dat ze dood wilde, de huisarts reageerde dat hij er niet over peinsde daarbij te helpen zolang zij niet terminaal was. Anna wilde verder niets met hem te maken hebben, de huisarts vertrok. Aanvankelijk leek de situatie van het jaar daarvoor zich te herhalen, Anna kwam slechts uit bed om naar het toilet te gaan of om koffie te zetten als haar zus op bezoek kwam. Haar enige zorg en aandacht ging naar Speedy, haar kanarie, die zij trouw eten en drinken gaf. Maar dit keer at ze steeds minder en vermagerde in de loop van een half jaar tot onder de vijftig kilo. Ze leefde op zachte kaas, yoghurt en ijs, in steeds kleinere hoeveel-



heden. Door het in bed liggen namen de spierspasmen flink toe. Het enige wat zij nog kon was de tv-afstandsbediening gebruiken. Anna herhaalde dat ze dood wilde en vroeg op een dag haar zus om contact op te nemen met een vereniging voor waardig sterven.

Toen de adviseur voor het eerst bij Anna kwam, kwam trof zij een extreem spastische vrouw van 46 kilo in bed, die erg moeilijk te verstaan was. Met veel geduld, met gebarentaal en met hulp van Anna's zuster werd een aantal zaken duidelijk: ten eerste dat de huisarts een half jaar niet meer op huisbezoek was geweest; ten tweede, dat in het academisch ziekenhuis haar neurologische invaliditeit niet te verbeteren viel; ten derde, dat de psychiatrische opname enkele jaren eerder geen verbetering had gebracht en dat zij nu geen psychiatrische medicijnen wilde slikken; en tenslotte dat Anna al jarenlang telkens weer aangaf dat zij dood wilde en daarbij een volstrekt heldere indruk maakte.

Zo hulpbehoevend als Anna nu was, leek het uitgesloten dat zij in staat zou zijn om zelf dodelijke middelen te verzamelen. Er was reeds gebleken dat de huisarts geen enkele pijnstillers noch enig slaapmiddel wilde voorschrijven, die zij zou kunnen opsparen. De adviseur besprak met Anna en haar zuster en zwager dat onder deze omstandigheden de enige mogelijkheid voor een zelfgekozen humane dood eruit bestond om geheel te stoppen met eten en eventueel ook met drinken. Deze bewust gekozen weg van het versterven lag voor de hand gezien het reeds minimale dieet, waarop Anna al ver uitgeteerd was. De adviseur benadrukte dat verzorging door de zuster en zwager bij het versterven onmisbaar was. Daarnaast zou een wijkverpleegkundige dagelijks langs moeten komen. De adviseur stelde voor dat zij aan de huisarts zou vragen of hij bereid was de palliatieve begeleiding op zich te nemen. Anna stemde hiermee in.

De adviseur maakte een afspraak met de huisarts op diens spreekuur met de mededeling dat zij hem wilde spreken over de toestand van zijn patiënte. Een dag vóór dat gesprek kwam de huisarts voor het eerst na lange tijd weer bij Anna thuis en zei dat hij haar wilde laten opnemen in een ziekenhuis. Anna weigerde dit kalm en duidelijk en herhaalde dat ze dood wilde. De huisarts zei dat hij in zijn waarneemgroep zou vragen of een van de andere artsen bereid zou zijn te helpen en vertrok.

Toen de adviseur de volgende dag bij de huisarts binnenkwam, was de sfeer reeds bedorven en constructief overleg onmogelijk.

118 Met name de vraag of de huisarts de zelfgewilde dood door



stoppen met eten en drinken zou willen verlichten met behulp van kalmeringstabletten of pijnstillers, bleek onbespreekbaar. De huisarts stelde dat hij niet bereid was tot palliatieve begeleiding, want 'zij is niet terminaal'. De adviseur wees hem erop dat nergens in de zorgvuldigheidseisen staat dat een patiënt terminaal moet zijn om in aanmerking te komen voor hulp bij zelfdoding. 'En voor het verlenen van palliatieve zorg is "terminaal-zijn" al helemaal niet nodig', aldus de adviseur. De huisarts reageerde ongeveer als volgt: 'Ik heb best wel eens euthanasie gedaan maar in dit geval is dat absurd! U hebt iets in gang gezet en nu moet u het ook zelf maar afmaken. Door een opname kan ze best nog opknappen.'

De huisarts legde niet uit welke klinische behandeling 'opknappen' nog mogelijk zou kunnen maken. De adviseur vermoedde dat hij doelde op sondevoeding onder dwang, alhoewel daarvoor geen wettelijke grond aanwezig was. Want Anna leek nog voldoende wilsbekwaam om haar weigering van een opname in een ziekenhuis serieus te nemen. Ook haar weigering van sondevoeding onder dwang kon niet terzijde geschoven worden als er geen psychiatrische diagnose was. En die was er niet.

Na dit gesprek met de huisarts bezocht de adviseur Anna en besprak tot in detail de problemen die zich bij stoppen met eten en drinken zouden kunnen voordoen. Zuster en zwager bleken bereid zich volledig in te zetten om haar te helpen. Anna was stellig: 'Versterven kan ik zelf! Ik snap dat ik het zelf moet doen.' Tegen haar zuster zei ze: 'Neem vanavond alles mee wat in de ijskast staat.' De volgende ochtend (18 maart) stopte zij vrijwel volledig met drinken (zie onder).

De adviseur zocht contact met de directeur van het verzorgingshuis, die Anna al enkele jaren kende en die begrip had voor haar uitzonderlijke keuze. De wijkverpleegkundige instrueerde de familie over de noodzakelijke mondverzorging om het dorsten draaglijker te maken.

Op de vijfde dag (23 maart) kwam de adviseur weer op bezoek. Anna was helder van geest, klaagde over moeheid en dat het zo lang duurde, maar was onwrikbaar in haar besluit door te gaan op de ingeslagen weg. Via bemiddeling van de wijkverpleegkundige bleek de huisarts op de tweede dag (20 maart) bereid om valium 5 mg voor de nacht te geven. Voor haar pijn door de spierspasmen schreef hij paracetamol voor, de laagste trede op de 'pijnstillings-trap'. Anna was hierdoor teleurgesteld, zij had gehoopt op een bescheiden dosis morfine om de haar resterende dagen minder ellendig door te komen.

Het verdere beloop wordt beschreven op basis van fragmenten uit de verslagen van de leidinggevende en de uitvoerenden van de verzorgende instelling, aangevuld met informatie van Anna's zus en zwager.

Uit het indicatiegesprek voor vaststelling van de benodigde zorg: 'Mevrouw heeft besloten niet meer te eten en een klein beetje water te drinken. Ze is niet depressief maar wil alleen dat er gauw een einde aan komt. Mevrouw wil graag optimaal sterven met alle hulp die mogelijk is. Ze is niet terminaal ziek. Mevrouw is geïndiceerd voor 's ochtends 40 minuten hulp bij douchen en aankleden; 's avonds 5 minuten controle, medicatie en po-stoel legen.'

Uit het zorg-logboek:

18/3 Mevrouw heeft besloten helemaal met drinken te stoppen. Bij erge dorst zuigt ze op een ijsklontje in een doekje. 's Avonds fris water ingeschonken voor mevrouw maar ze wilde niet drinken. Ik (verzorgende) heb wat gepraat, moeilijke situatie.

19/3 18.45 u/ 1 × 5 mg Stesolid (= valium) rectaal.

20/3 Mevrouw ziet erg wit sinds ze niet meer drinkt; naar toilet geholpen. 21.15 u/ 2 × 5 mg Stesolid rectaal.

21/3 's Ochtends had ze buikpijn, die goed reageerde op paracetamol van de huisarts. De kinderen van haar zuster kwamen afscheid nemen. Anna lachte om een grapje. 21.20 u/ 2 × 5 mg Stesolid rectaal.

22/3 Slikken gaat moeizamer. 's Avonds 2 × 5 mg Stesolid rectaal. Iedere dag geeft ze Speedy eten en drinken, dat is het enige waarvoor ze nog uit bed komt.

23/3 Mevrouw verzwakt snel, weigert eten en drinkt minimaal. Ze weegt nog 38 kilo. Vraagt om meer valium en slaapmiddelen. I.p.v. Stesolid kreeg ze vanavond 10 mg Temazepam rectaal.

24/3 Mevrouw was goed aanspreekbaar, wil ook overdag graag wat Stesolid. Overleg met huisarts, die adviseert uitsluitend 's morgens 5 mg Stesolid en 's avonds 10 mg Temazepam te geven. Mevrouw wilde voor de nacht water bij zich hebben; een beker neergezet.

25/3 Ze gaat achteruit, urine is zeer geconcentreerd. Zuster en zwager komen twee keer per dag langs en helpen bij de mondverzorging. Het valt hun op dat Anna nooit klaagt over honger of dorst. De verzorgers vinden de zorgverlening heel zwaar omdat mevrouw enerzijds dood wil en alle hulp weigert; anderzijds wil zij niet alleen zijn en vraagt of er overdag vaker iemand aanwezig kan zijn. De leidinggevendenden van de zorginstelling respecteren de keus van mevrouw voor de dood maar vinden het bezwaarlijk om de zorg overdag uit te breiden.

26/3 Mevrouw is te zwak om te douchen, heb haar in bed gewassen. De huisarts kwam langs en zei tegen haar: 'Als ik je nu laat opnemen, dan blijf je leven, dan kan alles nog in orde komen.' Anna weigerde opname. Ze mag van de huisarts nu ook 's middags 5 mg Stesolid rectaal.

27/3 Bezoek van verzorgers is toch uitgebreid naar drie momenten over de dag. 8 u./ 5 mg Stesolid. Beker vers water neergezet op verzoek. 15.15 u./ Mevrouw heeft overal pijn, zou graag morfine willen. Ze plaste meer dan een halve liter, zeer donker.<sup>119</sup> De huisarts wil geen morfine voorschrijven. 17.15 u./ 5 mg Stesolid. 21 u./ 10 mg Temazepam.

28/3 8 u./ 5 mg Stesolid. Mevrouw heeft vannacht ook veel pijn gehad. Ze zou graag wat morfine krijgen. Haar zuster vraagt dit aan de huisarts, die weigert. Mevrouw had 0,5 liter urine. 12 u./ 1000 mg paracetamol rectaal. Vers water met ijs neergezet. 14.15 u./ Opnieuw paracetamol gegeven. Tegen haar zwager zei ze: 'Neem Speedy maar mee naar jullie huis.' 21 u./ Temazepam en paracetamol gegeven; nog 300 cc geplast.

29/3 Anna vroeg haar zus of zij de psychiater van het Riagg niet om morfine kon vragen. Ze is nu heel erg zwak. Een verzorgende was voor het eerst ook 's nachts aanwezig. 9.30 u. / Geen paracetamol want mevrouw had geen pijn. 17 u./ Had geen pijn. Vers water neergezet. 22 u./ Extra Temazepam (20 mg) gegeven.

30/3 8 u./ 1 × 5 mg Stesolid. Niet geplast. Mevrouw heeft geen kracht meer om te blijven zitten. Was goed aanspreekbaar. Ze is alleen erg moe en wil slapen. Er zijn lijkvlekken zichtbaar op de benen. 12 u./ De psychiater kwam binnen en vroeg of Anna nog



wist wie hij was. Toen ze volledig helder antwoordde, vroeg hij wat ze van hem wilde. Zij: 'Morfine'. Hij zei dat hij dit niet mocht geven maar er met de huisarts over zou spreken. Haar heup was rood, en werd ingewreven tegen doorliggen. Paracetamol 1000 mg. 13 u./ Huisarts is geweest, heeft 1 morfine zetpil van 20 mg afgegeven; deze is ingebracht. Al na 15 minuten was ze diep in slaap, dit bleef verder zo. 16.30 u./ Haar toestand is nu slecht, de ademhaling onregelmatig. 18.45 u./ Zus constateert dat Anna erg warm aanvoelt en legt een nat washandje op haar voorhoofd. 19 u./ Mevrouw is overleden.

De dienstdoend huisarts die het overlijden constateerde zei: 'Laten we het maar op een natuurlijke dood houden.'

De volgende dag belde de zus de huisarts om te vertellen hoe het gegaan was. Zijn reactie: 'Dit is het meest absurde dat ik ooit heb meegemaakt.' Hij kwam niet langs om er nog eens over te praten. De zus kreeg de indruk dat hij een beetje boos was.

De familie bedankte de verzorgenden voor hun uitstekende zorg.

Uit het evaluatiegesprek van 9 april van alle verzorgers blijkt 'dat de informatie die de zorginstelling gekregen heeft over deze situatie te summier was. Gezien de complexiteit van de situatie was meer overleg vooraf nodig geweest. Het leek of mevrouw bevestigd wilde worden in haar wens om te sterven. De situatie bleek bij de meesten veel strijd op te leveren. Ook al respecteer je iemands wens, wil dat nog niet zeggen dat je het ermee eens bent. Al snel bleek de zorg te weinig. De leiding wilde in eerste instantie toch aan de geïndiceerde tijd vasthouden, de verzorgenden voelden zich in de kou staan door deze reactie, want deze beslissing ging rechtstreeks in tegen hun gevoel van goede verzorging. Deze beslissing (bleek achteraf) was meer bedoeld "om de verzorgenden te beschermen". Pas vanaf 27 maart bleek uit overleg met diverse instanties dat de instelling ook een zorgplicht heeft als iemand stopt met eten en drinken. Daarom werd een dag voor het overlijden de zorg uitgebreid met nachtzorg. In het vervolg is in zo'n complexe situatie meer overleg vooraf nodig om een standpunt te bepalen van waaruit de zorg gegeven wordt aan iemand die dood wil door te stoppen met eten en drinken.'

## 8.2/ Hans, 41: Sterfwerk zonder palliatieve zorg<sup>120</sup>

Hans groeide op in Duitsland, als oudste van twee kinderen en doorliep daar de middelbare school. Op zijn achttiende verhuisde hij naar Nederland en volgde daar de opleiding tot onderwijzer voor gehandicapte kinderen. Zijn Nederlandse vader was ingenieur en pleegde om onduidelijke redenen suïcide toen Hans 21 was. Later deed zijn broer eenmalig een mislukte poging tot zelfdoding met tabletten. Met zijn moeder en broer had hij in de loop der jaren steeds minder contact.

In 1980 begon hij last te krijgen van pijnen uitgaande van de nekswervels. Jarenlang hield hij zijn werk als onderwijzer vol. In 1990 vond een operatie plaats voor een dubbele nekhernia, waarbij twee halswervels gefixeerd werden. Hoewel de orthopeed de operatie geslaagd oordeelde, bleef hij zoveel pijn houden dat werkherhervatting mislukte en een afkeuring volgde. Kort na de operatie leerde hij zijn vrouw Joanna kennen, met wie hij al spoedig ging samenwonen.

Naast pijnen uitgaande van de nek kreeg Hans in toenemende mate last van pijnen in spieren en in (vooral kleine) gewrichten, met name ook in rust. Bij onderzoek door een reumatoloog in een academisch centrum waren er geen antistoffen in het bloed aantoonbaar, hoewel de klinische verschijnselen wel wezen in de richting van een auto-immuunziekte van het bindweefsel. Maar hij liet zich door de pijnen en spierkrampen niet ontmoedigen en wierp zich met passie op zijn grote liefde, het zweefvliegen, waarin hij vóór zijn afkeuring instructeur was geweest. Daarnaast bekwaamde hij zich in t'ai chi, dat verlichting bracht van de pijn en hij gaf hierin lessen.

Hans had altijd al gevoelige darmen gehad, met perioden van hardnekkige diarree zonder aantoonbare oorzaak. In 1994 ontwikkelden zich tekenen van een voedselallergie. Het eten van voedingsmiddelen die suiker bevatten veroorzaakte dagenlang klachten van spasmen en trillingen in de spieren. Omdat dit niet specifiek leek voor een bepaalde ziekte werd het door zijn huisarts weinig serieus genomen. Eerdere ervaringen met artsen die nooit een duidelijke diagnose voor zijn pijnen hadden kunnen stellen en die geneigd waren zijn klachten als 'psychisch' af te doen, maakten dat hij niet bereid was om voor zijn darmklachten opnieuw door een specialistische onderzoeksmolen te gaan.

Geleidelijk breidde de overgevoeligheid zich uit naar andere suikers (lactose, fructose). Hij begon af te vallen, hoewel hij altijd veel trek in eten had. Eén jaar voor zijn dood verdroeg hij nog slechts enkele granen en enkele groenten. Ondanks de grote hoeveelheden die hij hiervan at, werd hij steeds magerder. In het alternatieve circuit vond hij incidenteel een behandeling die leek aan te slaan, maar dit bleek slechts tijdelijk verlichting van de klachten te geven.

Zijn positieve instelling tegenover het leven hielp hem zich telkens te richten op wat hij nog wel kon. Nooit toonde hij zich neerslachtig en met de talrijke vrienden die langskwamen sprak hij zelden over zijn pijnen noch over de dagelijkse problemen met wat hij nog net wel of juist niet meer kon eten. Iedere dag kookte hij apart voor zichzelf en voor Joanna, die inmiddels kostwinner was. Zo goed en zo kwaad als dat ging deed hij het huishouden, daarna was hij doodop. Naast enkele t'ai chi-lessen, bracht hij zijn relatief goede dagen door met wandelen en tekenen.

Toen Hans nog zo weinig voedsel verdroeg dat zijn gewicht onder de 50 kilo zakte, rijpte bij hem de overtuiging dat zijn dood niet meer jaren op zich zou laten wachten. Hij was veertig jaar, chronisch moe, soms uitgeput. Wat voor stervensproces kon hij verwachten: zou hij langzaam doodhongereren? Zou hij zo verzwakt raken dat hij volledig afhankelijk zou worden van lichamelijke verzorging? Hij nam een andere huisarts en informeerde naar diens bereidheid tot euthanasie indien zijn lichamelijke toestand ooit zover achteruit zou gaan dat hij de dood boven het leven zou verkiezen.

De huisarts deed bloedonderzoek, vond geen afwijkingen en probeerde hem gerust te stellen door aan te bieden dat Hans iedere week voor gewichtscontrole bij hem op de weegschaal mocht komen staan. Opnieuw verbaasde hij zich erover hoe weinig serieus sommige artsen hun patiënt nemen en zocht een andere huisarts. Na enkele gesprekken zei deze dat hij het euthanasieverzoek in overweging wilde nemen in geval van voortgaande achteruitgang maar vond dat het nog lang niet zover was. Het gevoel van Hans dat hij hooguit nog een jaar te leven had werd niet serieus genomen.

Een half jaar later woog hij nog 45 kilo en sleepte zich op pure wilskracht door de dagen heen. Hans bleef zich zorgen maken over de manier waarop hij zou doodgaan omdat in de gesprekken over doktershulp bij zelfdoding in een situatie dat hij helemaal geen



voedsel meer zou verdragen, geen concrete toezeggingen werden gedaan. De gedachte te moeten liggen uitteren was voor hem een hel en dat wilde hij koste wat het kost voorkomen. De tijd begon voor hem te dringen, er was nog slechts één graansoort die hij kon eten, en de arts wilde nog steeds niet geloven dat het op een dag wel eens gedaan zou kunnen zijn met eten als zijn darmen niets meer zouden verdragen.

Hans dacht na over manieren om zonder doktershulp uit het leven te stappen. Als alternatieven voor uithongering overwoog hij om voor de trein te springen of om zich op te hangen. Met Joanna sprak hij hierover. Het grootste probleem was in zijn ogen niet de methode maar om het moment te kiezen waarop je de zelfdoding niet langer kan uitstellen: 'Je moet de keus voor de dood maken op het moment dat je nog sterk genoeg bent om zelf naar de trein te gaan of om de noodzakelijke handelingen zelf te verrichten. Dus ga je zonder de garantie dat een arts je zal helpen eerder dood dan je zelf eigenlijk wil.'

Joanna begreep dat het leven voor Hans niet lang meer zou duren. Zij had de snelle achteruitgang meegemaakt en begreep zijn angst. Het enige wat zij kon doen was steunen en praten. Welke manier van zelfdoding hij ook zou kiezen, zij maakte hem duidelijk dat zij achter zijn keus zou staan. Wel vond ze het een verschrikkelijk idee als hij de laatste uren van zijn leven alleen zou staan en een gewelddadige, eenzame dood zou moeten sterven. Daar hadden ze zich de laatste maanden toch niet voor ingespannen. Ze spraken af dat Hans zich in ieder geval niet in huis op een gewelddadige manier van het leven zou beroven en dat hij Joanna zou inlichten als het leven voor hem onmogelijk was geworden.

Met de huisarts begon hij wekelijkse gesprekken. Deze leek onder de indruk van de helderheid waarmee Hans zijn achteruitgang van de afgelopen tien jaar onder ogen zag en hij nam de doodswens serieus voor het geval dat het verder bergafwaarts zou gaan. Hij verwees Hans naar een consulent-huisarts met de vraag of er voldaan was aan de zorgvuldigheidseisen. Joanna mocht niet bij dat gesprek zijn en wachtte voor de deur van de spreekkamer. Na een uur kwam Hans met tranen in de ogen naar buiten: de consulent was van mening dat euthanasie onaanvaardbaar was, ook als de toestand verder zou verslechteren: 'Weet je wel wat je je huisarts aandoet? Jij wilt dood en dan ga je een ander voor je karretje spannen?!' Daardoor was het gesprek al spoedig gepolariseerd. De arts stelde de diagnose op een gemaskeerde depressie

met daarbij mogelijk een persoonlijkheidsstoornis. Hij vond het lijden niet invoelbaar en het verzoek niet weloverwogen.

Hans bestelde *Het Schotse boekje* over methoden van zelfdoding en won informatie in over het sterven door te stoppen met eten en drinken. Voor hem was essentieel dat er zekerheid bestond dat de zelfdoding niet zou mislukken. Daarbij ging zijn sterke voorkeur uit naar een methode waarbij hij niet alleen zou hoeven sterven. Het innemen van dodelijke middelen met vla of yoghurt leek niet uitvoerbaar omdat hij niet verwachtte deze binnen te kunnen houden, zelfs niet na een antibraakmiddel. Om dezelfde reden leek de plastic-zakmethode niet uitvoerbaar, omdat ook daarbij slaapmiddelen ingenomen moeten worden. Stoppen met drinken kwam als enige doe-het-zelf-methode in aanmerking maar betekende in zijn ogen een lijdensweg. Zijn afhankelijkheid van een arts voor een zelfgekozen humane dood leek onontkoombaar.

Hij vroeg zijn huisarts wat die nodig had van een andere arts om zonder risico op vervolging euthanasie te kunnen verrichten. Deze noemde het oordeel van een psychiater essentieel. Hans vreesde een psychiatrisch etiket opgeplakt te krijgen. Hij kende een psychiater, die hem jaren geleden met een aantal gesprekken goed geholpen had en die hij vertrouwde. Deze had een lang gesprek met hem en verklaarde op schrift dat hij 'geen aanwijzingen [vond] inzake belangrijke psychopathologie. Betrokkene is in staat bij volle verstand en met volledig begrip van zaken beslissingen te nemen met betrekking tot het opstellen van een codicil inzake levensbeëindiging.'

Hans ging opgelucht met deze brief naar zijn huisarts, die opnieuw de voorwaarde stelde van onderzoek door een onafhankelijke arts. De tweede consulent, niet dezelfde als de eerder geraadpleegde consulent-huisarts, stelde weer een andere diagnose: hij meende dat er anorexia nervosa bestond en dat opname voor behandeling hiervan geïndiceerd was. Hans had in de loop der jaren wel zoveel over zijn klachtenpatroon gelezen dat het hem moeilijk viel om de diagnose 'anorexia nervosa' in zijn situatie serieus te nemen. Het vooruitzicht van een klinische opname met mogelijk sondevoeding tegen zijn wil, was voor hem onaanvaardbaar.

Een week later verdroeg hij geen enkel voedsel meer, alles gaf nu dezelfde pijnlijke spierkrampen, die urenlang aanhielden. Het hongergevoel bleef kwellend aanwezig. Hij dronk slechts nog water of kruidenthee. Tegen Joanna zei hij: 'Als jij er niet was, had



ik al voor de trein gekozen.' Zij bood aan hem thuis tot het einde toe te verzorgen. De huisarts werd hiervan op de hoogte gesteld maar deelde telefonisch mee dat hij geen verzachtende medicatie wilde geven en kwam niet langs. 'Sterven zonder palliatieve zorg is zwaar werk', verzuchtte Hans.

In de lange dagen die volgden schreef hij afscheidsbrieven, stelde de tekst op voor de overlijdenskaart en noteerde over zijn 'bedelgang voor een menselijke dood langs artsen':

'De mens mag zich tegen beter weten in ziek eten, ziek roken en met de verworven hart- en vaatziekten, infarcten en beroertes de gemeenschap op kosten jagen. Maar vrijwillig leven mag niet. We moeten verplicht leven, ook als voor de betrokkene leven synoniem is geworden voor lijden.

Betrouwbare humane levensbeëindigende middelen zouden voor iedereen beschikbaar moeten zijn. Eigen beslissing, eigen verantwoordelijkheid. Geen bedelgang voor een menselijke dood langs artsen en ander onbegrip. Risico op crimineel gebruik? Met de auto worden jaarlijks vele mensen doodgereden, keukenmessen worden ook voor minder huishoudelijk gebruik aangewend, met een hamer is wel eens op een andere kop dan die van een spijker geslagen, en wat kunnen glasscherven niet aanrichten. Over de vrije verkrijgbaarheid van deze zaken wordt toch ook niet gediscussieerd?

Levensmoe? Nee lijdensmoe. Is dat raar als je al 15 jaar afziet en er geen remedie is. Waarom lijdensmoe verdraaien in levensmoe. Een vraag naar euthanasie zien als het delegeren van zelfmoord. Maar een lijdende mens moet en zal leven. Ook als hij voldaan is, nog net met een goed gevoel kan terugkijken, maar te op is om nog meer pijn en beperking te dragen. Menselijk? "De wil om te sterven is tegennatuurlijk" luidt het. We mogen ons onnatuurlijk voortplanten, voortbewegen. We mogen onnatuurlijk geboren worden, eten, in leven gehouden worden. Maar we mogen niet onnatuurlijk sterven. We mogen wel door doktoren eindeloos aan levensreddende draden worden gehangen. In het kader van natuurlijk sterven zeker.'

Over zijn keus niet verder op zoek te gaan naar behandeling schrijft hij: 'Het eindeloos op allerhande therapieën jagen brengt rusteloosheid en verdere uitputting van kracht. Blijven schoppen en rebelleren tegen fysieke aftakeling is voor mij duidelijk niet de juiste weg, wat anderen daar ook van mogen vinden.'



Enkele vrienden bleven op bezoek komen. Tot op de dag van zijn overlijden liep hij nog in huis, ging zelfstandig onder de douche en kreeg verzachtende massages van de fysiotherapeut. Joanna vertelt het beloop van dag tot dag aan de hand van haar aantekeningen uit die dagen:

16 sept. Alleen melissethee wordt nog verdragen, na het drinken heeft hij veel last van boeren en maagklotsen. Vandaag, na 16 dagen vasten, besloot Hans te stoppen met drinken omdat hij daar zo verschrikkelijk veel last van heeft, zelfs het vocht ligt als een steen op de maag.

17 sept. Veel dorst, ijsblokjes en mondtoilet helpen tijdelijk. Nog steeds is de huisarts niet langs geweest. Ik ging naar zijn spreekuur en vroeg hem iets ter verlichting. Hij gaf me een recept voor enkele zetpillen morfine en voor vijf zetpillen met een slaapmiddel. Hans besluit deze nog niet te gebruiken. Hij wil helder blijven en heeft het idee deze voorraad beter te kunnen bewaren tot het echt niet meer gaat.

18 sept. Hans belde zelf naar de huisarts en vroeg of die kon helpen aan deze lange lijdensweg een eind te maken. Huisarts: 'ik kan niets voor u doen'. Hans belde met een vereniging voor waardig sterven. Daar was men onder de indruk van de ernst van de situatie en beloofde dat een van hun adviseurs, een gepensioneerde huisarts die in het buitenland woonde, met ons contact zou opnemen. Hans kocht doorzichtige plastic zakken en paste deze zoals aangegeven wordt in *Het Schotse boekje*.

19 sept. Vandaag belde de gepensioneerde arts die adviezen geeft voor zelfstandige zelfdoding zonder doktershulp. Nadat Hans het belangrijkste had verteld, vroeg de adviseur of hij zelf met de huisarts zou mogen bellen om informatie op te vragen. 's Avonds belde hij weer om te zeggen dat de huisarts overstag leek en de volgende dag langs zou komen. De adviseur zei ook dat als de huisarts niet bereid zou zijn tot stervenshulp, hijzelf overmorgen zou komen om Hans te helpen sterven. In zijn ogen was er nu geen tijd meer om voldoende dodelijke middelen te verzamelen.

20 sept. De huisarts kwam samen met een praktijkgenoot. Ze stelden voor dat Hans naar de afdeling interne van het Academisch

Ziekenhuis Groningen gebracht zou worden. Hans weigerde. Ik werd boos: 'Hij weegt nog 40 kilo, wat zijn jullie van plan? Zijn besluit staat vast dat zijn lijden genoeg is geweest. Waarom komen jullie nu pas, na drie weken vasten?' Toen zeiden ze niets meer en vertrokken. Hans belde de adviseur om verslag uit te brengen en die beloofde de volgende dag langs te komen.

Later zijn we samen naar het Wad gereden, Hans wilde nog één keer de zee zien. Daarna heeft hij zelfs nog voor mij gekookt. 's Avonds kwamen M. en K. langs die op de hoogte zijn, steun van vrienden is zo belangrijk.

21 sept. Al vijf dagen heeft Hans niets gedronken, het is afschuwelijk zwaar. Anders dan in de boeken staat houdt hij nog steeds een hongergevoel. Ook heeft hij zo'n trek in sommige dingen, zoals chocola, maar hij neemt het niet want de spierkrampen zijn daar-na niet om uit te houden zo pijnlijk.

's Middags kwam de adviseur langs. Doordat Hans al zolang geen ontlasting had, bleek het onmogelijk zetpillen in te brengen, de anus leek wel dichtgegroeid, zó verschrompeld was hij. Ik ging met het recept van de huisarts naar de apotheek. De huisarts had op het recept aangegeven dat het slaapmiddel in vloeibare (rectiole) vorm afgeleverd moest worden. Volgens het advies in *Het Schotse boekje* kocht ik bij de drogist een middel tegen misselijkheid. Weer thuis slikte Hans het antibraakmiddel. Het lukte hem om dit binnen te houden, hij wilde zo vreselijk graag dat het nu zou lukken. Toen hebben we afscheid genomen. Hans heeft de vijf doses van het slaapmiddel bij elkaar in een glas gedaan en opgedronken, het smaakte heel scherp. Hij bevestigde de plastic zak zoals we geoeffend hadden en hield het elastiek rond de hals open totdat hij in slaap zou vallen. Na nog geen 10 minuten sliep hij in, zijn hand gleed naar beneden. Zijn hoofd zakte achterover, na een klein uur wachten was hij diep in slaap maar ademde nog. Ondanks Hans goede voorbereiding van de plastic-zakmethode, precies volgens de aanwijzingen van *Het Schotse boekje*, leek de zak niet zijn werk te doen, want de zuurstof in de zak is na een kwartier opgebruikt wanneer de zak goed afsluit. Blijkbaar sloot het elastiek niet volledig af of was de zak iets verschoven toen zijn hoofd achterover zakte. Ik hoopte intens dat Hans het niet mee zou hoeven maken dat hij weer wakker zou worden. Het was doodstil in de kamer, we wachtten allebei in spanning af. Na ruim een uur werd het ademen steeds oppervlakkiger. Toen stopte hij abrupt

met ademen. Door zijn slechte fysieke conditie waren de vijf porties rectiole met een slaapmiddel dodelijk.

De adviseur vertrok. Ik was hem zo dankbaar dat de lijdensweg niet langer gerekt had hoeven worden, de laatste drie weken waren voor Hans gruwelijk geweest. Ik heb nog anderhalf uur naast hem gezeten voordat ik de dienstdoend arts heb gebeld. Die kende Hans niet en vroeg wanneer ik hem had gevonden. Toen ik zei dat ik bij het overlijden aanwezig was geweest, belde hij de politie. Hans had zijn verklaring over de zelfgekozen dood op tafel klaargelegd. Met de recherche kwam ook de lijkschouwer. Doordat Hans vel over been was, verbaasden ze zich dat er geen arts bereid was geweest om hem op de een of andere manier bij zijn zelfgekozen dood te helpen. Ze namen Hans mee. Nog diezelfde avond gaf de officier van justitie toestemming om hem te begraven.

Terugkijkend vindt Joanna de maanden voordat het vasten begon de zwaarste tijd: 'Die onzekerheid hoe hij aan zijn eind zou komen, maakte het tot een soort nachtmerrie. De enige zekerheid die ik had was dat hij het mij zou vertellen als hij een einde aan zijn leven ging maken. En dat het niet in huis zou gebeuren. Als er geen diagnose is, word je niet serieus genomen in je doodswens, hoe uitgeteerd hij ook was, hoe lang hij ook al aan het aftakelen was. De laatste weken, toen hij niets meer at, ben ik op de automatische piloot doorgekomen. Die laatste dag was het zo'n steun om iemand erbij te hebben met ervaring. Ik zou het nu wel alleen durven doen.'

Vaak heb ik mezelf afgevraagd of ik ergens spijt van heb, maar nee: in dezelfde situatie zou ik het weer doen. Het was allemaal even absurd: de dokter had niet willen helpen uit angst voor Justitie maar de politie vond het onbegrijpelijk dat de dokter iemand in deze uitgeteerde toestand met een plastic zak over zijn hoofd had laten sterven.'



### 8.3/ Rie, 66: 'Het Leven gaat door, ook zonder mij'<sup>121</sup>

Rie werd in 1931 geboren in een groot rooms-katholiek gezin in Brabant. Vader was bouwvakker van beroep, moeder was in huis de baas. Tijdens de oorlogsjaren maakte Rie twee keer een aanval van acuut gewrichtsreuma mee, die beide keren zo ernstig verliep dat zij werd bediend. Deze ziekte had een hartafwijking (lekkende kleppen) tot gevolg, waardoor zij al bij geringe inspanning gauw kortademig raakte. Zij kreeg het advies nooit zwanger te worden omdat dit een zo grote belasting voor het hart zou zijn dat haar leven gevaar zou lopen.

In haar omgeving sprak het destijds vanzelf dat de meisjes in het huishouden meehielpen, de was deden en de rommel van de jongens opruimden. Rie vond dit onrechtvaardig en liet dat merken ook. Rechtvaardigheid bleef levenslang haar devies en omdat zij daarbij absoluut niet bang was, leidde dit veelvuldig tot conflicten met haar omgeving.

Na de verplichte acht jaar lagere school, mocht zij niet verder leren. Voor een meisje vonden haar ouders dat nergens voor nodig. Ze moest voor het gezin gaan verdienen en koos, vanwege haar hart, voor zittend werk. Ze werd schoenstikster en behoorde al spoedig tot degenen die topprestaties leverden. Maar als vrouw kreeg zij slechts de helft van wat een man van haar leeftijd verdiende, geen vakantiegeld en geen ziekteuitkering zoals mannen dat wel kregen.

Toen zij meerderjarig werd (destijds met 21 jaar), liep zij van huis weg en ging in een naburig dorp op kamers wonen. Voor een katholiek opgevoed meisje in Brabant was dat begin jaren vijftig ongehoord. Maar Rie geloofde niet meer wat de pastoor zei. Zij bleef haar leven lang religieus, zij geloofde in 'een groter geheel dat achter al het zichtbare verborgen is, maar dat is niet het godje van de roomsen'.

In 1955 trad Rie in het huwelijk met een fabrieksarbeider en raakte direct zwanger. Zij beviel van een gezonde dochter. Haar hartkwaal verergerde mede door de lange en zware werkdagen: naast het huishouden en haar kind verzorgen, bleef ze acht uur per dag werken om niet financieel afhankelijk van haar man te worden. Met hem kon zij nooit goed praten, ze raakte bevriend met een homofiele man uit het dorp met wie zij wel geestelijk contact had en voelde zich vaak schuldig over haar 'geestelijk overspel'. In

1968 is zij gescheiden en verdiende volledig voor zichzelf en haar dochter de kost. Het sprak vanzelf dat haar dochter mocht studeren: 'Zorg dat je nooit financieel afhankelijk wordt van een man.'

Begin jaren zeventig verergerde haar kortademigheid door de lekkende hartkleppen. Op advies en met hulp van een bevriend psychiater kwam zij in de wao. Steeds was zij bezig met haar dood in het geval 'de grens' voor haar bereikt zou zijn.

In 1978 onderging zij een hartkatheterisatie met het oog op een mogelijke hartoperatie. Daarbij trad een levensbedreigende complicatie op in de vorm van een hersenembolie. Een aantal dagen balanceerde zij tussen leven en dood, daarna herstelde zij geleidelijk met een blijvende verlamming van een deel van de rechter lichaamshelft en problemen met zowel het spreken als het denken. Tijdens de herstelfase in het ziekenhuis weigerde zij te eten en te drinken. De sonde voor kunstmatige voeding trok zij bewust uit, waarna haar handen werden vastgebonden. Na ontslag uit het ziekenhuis hield zij last van evenwichtsstoornissen en van pijnen die het gevolg waren van de hersenbeschadiging en waarvoor paracetamol onvoldoende verlichting bracht. Rie bleef haar leven lang verontwaardigd dat de artsen tegen haar wil gedwongen voedsel en vocht hadden toegediend. Zij werd lid van de NVVE en schreef een niet-behandelverklaring die dit in een toekomstige situatie verbood.

Na de revalidatie bleek zij niet meer in staat zelfstandig te wonen. Na lange gesprekken van Rie met haar dochter en schoonzoon, besloten zij met z'n drieën samen te gaan wonen. Dat bleef zo tot haar dood in 1997 en daarmee kon voorkomen worden dat zij naar een zorginstelling moest verhuizen.

In 1980 onderging zij een openhartoperatie waarbij een hartklep vervangen werd. Hierna had zij meer energie, al bleven de pijnen en de hulpbehoevendheid bestaan. Zij ging in psychotherapie bij een psycholoog, waarin de acceptatie van haar lichamelijke handicaps een belangrijk gespreksthema vormde. Hij vond haar niet depressief. Zij was altijd bezig met het verzorgen van dieren en planten, met schilderen of lezen, het schrijven van brieven of in haar dagboek, en leerde later ook met de pc omgaan.

In 1992 verhuisde Rie samen met haar schoonzoon en dochter naar een ander deel van het land. Er traden voorbijgaande doorbloedingsstoornissen van de hersenen op en dat maakte dat zij soms dood wilde. Rie speelde met de gedachte een overdosis drugs te kopen maar liet dit plan varen toen zij beseftte dat je als buiten-

staander nooit weet wat je op de zwarte markt in handen gestopt krijgt. Van jaar tot jaar gingen de hartkleppen achteruit en werd zij vermoeider. Ook kwamen er bij vlagen rugpijnen. Rie zei steeds vaker dat het nu wel mooi geweest was. Haar cardioloog stelde een nieuwe hartoperatie voor, maar zei dat de kans op verbetering van haar klachten gering was. Na gesprekken met haar dochter en schoonzoon besloot zij dit niet te proberen. Vanaf dat moment, begin 1997, is zij bewust op zoek gegaan naar een humane zelfdoding: 'Mijn toestand kan alleen nog maar achteruitgaan. Dan wil ik het doen op een moment dat ik dat zelf nog kan.'

Zij zocht contact met een adviseur die haar vertelde welke middelen in overdosis dodelijk zijn, en dat zij die aan haar huisarts zou kunnen vragen. Op dat moment kende de huisarts haar vijf jaar. Vanaf het moment dat ze bij hem in de praktijk kwam, was ze met hem het gesprek aangegaan over euthanasie in het geval er voor haar een bepaalde grens bereikt zou zijn. In haar ogen was dat nu het geval omdat een hartoperatie erg weinig kans op verbetering gaf, terwijl de vermoeidheid zozeer toenam, dat de pijnen steeds moeilijker te verdragen werden. De huisarts sprak met de dochter en schoonzoon over haar verzoek om dodelijke middelen en vroeg hoe zij daar tegenover stonden. Deze vertelden dat Rie hierover al jaren met hen in geprek was en dat zij haar besluit om nu te stoppen goed konden begrijpen.

De huisarts wist dat er geen behandeling meer was die verdere achteruitgang kon keren. Hij bleek bereid op haar dringende verzoek de gevraagde middelen in kleine porties tegelijk voor te schrijven. Gezien de christelijke omgeving waarin hij zijn praktijk uitoefende, wilde hij niet openlijk hulp bij zelfdoding verlenen.

Tussen het moment dat Rie de middelen in huis had en de uitvoering van de zelfdoding lagen drie weken, waarin zij rustiger was dan in de periode daarvoor. Dochter en schoonzoon hebben in hun dagelijkse gesprekken met haar geen moment twijfel bespeurd over de uitvoering op de dag die met de huisarts was overeengekomen.

Rie maakte zich zorgen dat na haar overlijden verdenking tegen haar twee huisgenoten zou kunnen rijzen wanneer die aanwezig zouden zijn bij de uitvoering. De politie zou kunnen denken dat haar dochter en schoonzoon misschien strafbare hulp hadden verleend, of zelfs dat zij financieel belang zouden hebben bij haar overlijden. Anderzijds wilde Rie liever niet alleen zijn tijdens de laatste ogenblikken. Daarom had zij de enige vriendin met wie zij



over haar voornemen had gesproken, gevraagd of die erbij aanwezig zou willen zijn. Deze vriendin, een gepensioneerd verpleegkundige, was hiertoe bereid. De adviseur kon niet aanwezig zijn bij de zelfdoding omdat zij op dat moment op vakantie was. Rie wilde het niet langer uitstellen.

Op de afgesproken datum kwam de vriendin. Zij raakte zo geëmotioneerd over het aanstaande afscheid van Rie, dat ze zich niet in staat voelde haar belofte na te komen. Ze nam afscheid en vertrok. Voor Rie was dat een moeilijk moment, moest het nu toch alleen gebeuren? Zonder aarzelen nam haar schoonzoon de plaats in van de vriendin. Over zijn contact met Rie tijdens de achttien jaar dat ze bij hem inwoonde en over het verloop van de zelfdoding, schreef hij in de dagen na haar dood een uitvoerig verslag, dat dadelijk in zijn geheel wordt geciteerd.

Na het overlijden werd de huisarts gewaarschuwd. Deze meldde de dood door onnatuurlijk overlijden. Hij legde tegenover de politie een verklaring af over haar duurzame wens tot zelfdoding als de fysieke aftakeling een bepaalde grens zou overschrijden, iets wat in de afgelopen maanden voor haar het geval was. Hij verzweeg dat hij middelen had voorgeschreven waarvan hij kon vermoeden dat die voor de zelfdoding gebruikt zouden worden. De schoonzoon vertelde over de rol van de adviseur en wat hijzelf aan hulp had geboden bij het gereedmaken van de dodelijke middelen (zie onderstaand verslag). Na onderzoek door de lijk-schouwer en de technische recherche werd telefonisch contact opgenomen met de officier van justitie, die besloot het lichaam vrij te geven. Justitie was overtuigd dat het hier om een zelfstandig volbrachte zelfdoding ging door de euthanasieverklaring, door de verklaring van de huisarts en door de rol van de adviseur bij het geven van informatie over de juiste middelen en de dosering daarvan. De hulp die de schoonzoon tijdens de uitvoering had gegeven, werd niet gezien als strafbare hulp bij zelfdoding.

*Verslag naar aanleiding van het overlijden van mijn schoonmoeder  
(zomer 1997)*

Ik heb mijn schoonmoeder intensief leren kennen nadat zij bij haar dochter en mij kwam inwonen, pakweg 18 jaar geleden. Zij had toen juist een zwaar herseninfarct achter de rug, waarvan zij langzaam en slechts gedeeltelijk was hersteld. Aangezien een belangrijk deel van de problemen niet meer zouden weggaan en zij alleen woonde, kwam ze bij ons in huis. Vanaf het moment dat

we samenwoonden was euthanasie en zelfbeschikking over eigen leven en dood een regelmatig terugkerend gespreksonderwerp. Zij maakte zich zorgen over verlies van lichamelijke onafhankelijkheid ten gevolge van veroudering en/of van nieuwe infarcten. Reeds in die eerste jaren dat we samenwoonden vroeg zij mijn hulp voor het moment dat de nood zeer hoog zou worden en zij niet meer verder zou willen. Ik zegde haar toe te zullen doen wat binnen mijn mogelijkheden zou liggen. Haar levensverwachting was in eerste instantie niet erg gunstig, maar verbeterde duidelijk toen een nieuwe hartklep werd geplaatst. Deze hartkwaal was de resultante van de gewrichtsreuma die haar in haar jeugd reeds bijna fataal was geworden. De relatie met mijn schoonmoeder was niet altijd optimaal. Karakterverschillen speelden een belangrijke rol en waren soms oorzaak van flinke misverstanden en meningsverschillen. Echter, wederzijds respect bleef altijd aanwezig.

Met het voortschrijden van de jaren kwamen daar nog enkele andere gebreken bij. Tezamen met de dagelijkse pijn (de naweeën van het herseninfarct) maakten deze klachten haar leven niet gemakkelijk, maar haar geestelijke weerbaarheid en inzet waren onverwoestbaar. Steeds maakte ze echter ook duidelijk niet bang te zijn voor de dood, die uiteindelijk toch eenieder inhaalt. Grote angst had ze echter voor nodeloze pijn, lichamelijke afhankelijkheid van anderen en geestelijke degeneratie. Dientengevolge regelde ze haar levenstestament/euthanasieverklaring al in 1978 en voegde daar met regelmaat verbeteringen aan toe. Ze volgde de discussies met betrekking tot euthanasie in het blad van de NVVE met grote aandacht en vond dat de veranderingen veel te traag tot stand kwamen en lang niet ver genoeg gingen.

In het laatste jaar werd duidelijk dat haar energiebron begon uit te doven en alleen toereikend meer was voor het allernoodzakelijkste. De voorgestelde hartoperatie wees ze van de hand omdat het rendement uiterst onzeker was en een langdurig revalidatieproces noodzakelijk zou zijn. Daarvoor had ze onvoldoende geestelijke kracht en bovendien zou een hartoperatie haar niet van de andere kwalen afhelfen. Ze concludeerde voor zichzelf dat ze voldoende had ingeleverd in haar zware leven en dat het tijd werd haar afscheid van dit leven – dat ze ook wel betitelde als een grote vakantiereis – te organiseren. Een reis weg van de pijn, de aftakeling, de vermoeidheid en alles wat daarbij hoorde. Ze overtuigde zich van onze houding ten aanzien van haar aankomend afscheid. Aangezien wij deze discussie al bijna twintig jaar met haar voer-



den waren wij niet verbaasd over haar keuze. Ons inziens had zij het recht zelf te beslissen over haar levenseinde, en was onze instemming daarvoor niet nodig. Zij vond onze houding wel wat afstandelijk en had gehoopt op een duidelijke ondersteuning van haar keuze. Mijn antwoord was echter voorzichtig geformuleerd omdat ik haar geen keuze wilde opdringen. Ik maakte haar wel duidelijk dat indien ik mij in een soortgelijke situatie zou bevinden, ik dezelfde keuze zou maken en mijn eigen afscheid van dit leven zou regelen. Nadat ze ervan overtuigd was dat wij niet zouden tegenwerken bij haar gepland afscheid begon zij haar plannen uit te werken. Zij deed dit in nauwe samenwerking met een vertegenwoordigster van de NVVE en in overleg met de huisarts. Oorspronkelijk lag het in haar bedoeling niet nog een winter te willen meemaken en aan het eind van de herfst op reis te gaan. Echter, nog voor de zomer werd al duidelijk dat haar fysieke en mentale kracht snel terugliepen en dat de herfst een brug te ver zou zijn. Derhalve besloot ze deze zomer na de vakanties van diverse betrokkenen haar reis te zullen aanvangen.

Haar reisplanning werd op een gruwelijke manier verbroken door een onaangekondigde zware hernia-aanval. Deze maakte haar volstrekt hulpeloos en volledig afhankelijk van anderen. Gedurende ongeveer twee weken was ze vrijwel volledig aan bed gekluisterd. Daarmee becroop haar de angst dat ze haar mogelijkheden om zelf te beschikken over haar eigen leven zou verliezen en alsnog terecht zou komen in het circuit van creperende ouderen die zijn overgeleverd aan 'zorgverleners' die altijd iets of juist veel te weinig doen. Deze combinatie van angst en de helse pijnen die iedere beweging veroorzaakte brachten haar in paniek. En tegelijkertijd grote boosheid vanwege het maatschappelijk opgedrongen lijden in plaats van een goede pijnbestrijding.

Menigmaal was ze dermate getergd dat ze van plan was de in huis aanwezige medicamenten reeds op dat moment in te nemen. De enige reden waarom ze daarvan heeft afgezien was gelegen in het feit dat zowel de huisarts als de begeleidster van de NVVE op vakantie waren en dus niet op de hoogte gesteld konden worden van de wijzigingen in de plannen. Zij wilde zoveel mogelijk voorkomen dat deze mensen, die haar tot op dat moment ondersteund hadden, in de problemen zouden komen. Wel vervloekte ze de vakanties hartgrondig op die momenten. Uiteindelijk zag een dienstdoende huisarts uit de omgeving de ernst van de zaak in en gaf haar voldoende medicatie ter bestrijding van de pijnen tot-



dat de eigen huisarts weer aanwezig zou zijn. In het weekend begon ze met het slikken van de antibraakmiddelen om meteen op maandag na terugkomst van de huisarts haar leven te kunnen beëindigen. Na terugkomst van haar eigen huisarts werd een goede pijnbestrijding afgesproken en het afscheid werd uitgesteld tot drie weken later. Gerustgesteld en zonder veel pijn bereidde ze zich daarop voor op haar reis.

#### *De laatste dagen*

Ik ben thuis om in de tuin enige werkzaamheden te verrichten en tegelijkertijd haar te ondersteunen waar nodig. Sinds het bezoek van de huisarts gisteren is ze gerustgesteld en kalm. Deze heeft haar verzekerd dat er vrijwel geen kans is dat de medicijnen-cocktail niet het beoogde effect zal bewerkstelligen. Bij het ontbijt heeft ze de eerste antibraaktablet geslikt. Bovendien zal ze vandaag haar laatste warme maaltijd krijgen. Op mijn vraag wat ze voor lekkers wilde eten bij haar galgenmaal keek ze licht verstoord op. Toen glimlachte ze en zei dat humor waarschijnlijk de enige manier is om zo'n proces tot een goed einde te brengen. Wat het eten betreft zei ze dat ze niet echt trek had en kwamen we op een koude Portugese tomatensoep (toepasselijk vanwege het warme weer) en een sla-stamppot met verse worst. Terwijl ik in de tuin bezig was scharrelde zij de ingrediënten voor de soep bij elkaar. Ze belde zelf nog een keer met haar zus, die niet op de hoogte was van haar plannen, en bracht haar dag door met slapen en lezen van luchtige literatuur. De soep (er was veel te veel) smaakte uitstekend en van de stamppot nam ze slechts heel weinig. Haar eetlust was de laatste week toch al vrij mager en ze zei dat mensen die op bed lagen niet veel hoeven te eten. 's Avonds had ze nog een gesprek met haar dochter.

Zij had redelijk goed geslapen en weer een klein ontbijt weg-gewerkt. Ik beëindigde mijn werkzaamheden in de tuin al vroeg en had dus alle tijd om aandacht aan haar te geven. Bovendien probeerde ik nog wat lekkere dingen te regelen voor haar laatste maaltijd (de lunch), zoals haring en een garnalen-krab-salade. We praatten over allerlei zaken, over de onontkoombaarheid van de dood en dat de bijbehorende pijn voor de achterblijvers toch een keer moet worden ondergaan. Ze maakte nogmaals duidelijk dat de vermoeidheid in haar lijf en de beperkte fysieke en mentale kracht die ze nog kon opbrengen haar toch niet veel langer in leven zouden kunnen houden. We discussieerden over de inhoud van

het schrijven dat met een recente foto naar kennissen gestuurd zou worden. Eerder had ze gezegd geen prijs te stellen op kaartjes of iets dergelijks, maar na verhalen van haar vriendin was ze van gedachten veranderd. Door iedereen een berichtje te sturen voorkom je dat je nog lange tijd moet uitleggen dat iemand al weer een poos geleden is overleden en roep je daarmee steeds weer pijnlijke herinneringen op. Over de inhoud van de begeleidende brief waren we het in algemene zin snel eens. Haar motto: 'Het Leven gaat door' (Leven met hoofdletter) was duidelijk de centrale boodschap. Haar sterven was onbelangrijk, het lichaam verdwijnt en gaat over in andere vormen en vormt dan de basis van nieuw Leven. Hetzelfde geldt voor haar geest. Haar gedachten/lessen zijn gegroefd in de vele mensen die haar gekend hebben en blijven op die wijze intact. Op mijn vraag of ze nog terug komt op deze aarde zei ze vroeger altijd terug te hebben willen komen als 'een hondje dat tegen alle deuren piest', daarmee doelend op haar kritische houding ten opzichte van de (schijn)heilige instelling van mensen. Ze heeft deze soms genadeloos afgebroken en getracht enige realiteitszin bij te brengen. Na het herseninfarct (20 jaar geleden) wilde ze graag terug komen als 'mist', symbool voor de rust die ze voelde toen ze vrijwel dood was vlak na het infarct. Tegelijkertijd realiseerde ze zich dat mist levensgevaarlijk kan zijn voor weggebruikers. Nu had ze zelf geen verwachtingen meer over een rol voor haar na haar dood. Het Leven gaat verder, ook al verdwijnt de mens of zelfs de gehele mensheid. Het Leven is veel meer dan alleen de mensheid. Alleen de mens is zo dwaas om zich als het hoogtepunt van Leven te beschouwen.

Tegen de lunch was haar beste vriendin gearriveerd en werd nog gezellig getafeld in de huiskamer. Het restant koude soep vond gretig aftrek op deze snikhete dag. In tegenstelling tot haar gewoonte sloeg ze de haring af en beperkte zich tot de garnalenkrab-salade. De middag bracht ze meestentijds door in aanwezigheid van haar vriendin. Ik had geen warme maaltijd voorbereid om haar het ongemak van etensluchtjes te besparen. Ze verwachtte zelf geen problemen om tot de avond verder zonder iets te eten door te komen.

Rond zes uur was haar dochter ook thuis en werd een broodmaaltijd genuttigd, terwijl zij een kopje thee met een antibraaktablet (die een vieze smaak had) wegwerkte en intussen naar het nieuws van zes uur keek. Het afscheid van haar vriendin was kort, alles was inmiddels al besproken, en emotioneel. Toen ik even



later bij haar kwam was ze zeer aangedaan. Niet dat ze twijfelde aan haar eigen plannen, maar ze was verdrietig over het leed dat ze haar vriendin zou bezorgen. Ik gebruikte haar eigen argumenten dat dát vroeg of laat toch zou gebeuren en daarop kalmeerde ze snel. Het tijdstip van rond negen uur was door haar uitgekozen om te voorkomen dat derden nog ineens zouden aankloppen en het in gang gezette proces nog zouden verstoren. De consequentie was dat ze pas rond half negen iets te eten mocht nemen, terwijl het hongergevoel zich begon op te dringen. De grote warmte maakte het ongemakkelijk en op tv was ook al niets te zien dat de geest kon afleiden van de honger.

Rond acht uur nam ze een verfrissende douche om de zweetlucht kwijt te raken en bereidde vervolgens haar laatste hapje, een beschuit met chocoladehagel. Zij at dit op terwijl het Journaal ten einde liep en trok zich vervolgens terug naar haar kamer om zich voor te bereiden op de reis. Afspraak was dat haar dochter intussen met de hond zou gaan fietsen, terwijl ik bij haar zou blijven totdat ze tengevolge van de slaapmiddelen in een diepe slaap zou zijn geraakt. Daarna zouden we het huis verlaten en gaan tennissen.

Het afscheid van haar dochter was emotioneel. De relatie was de afgelopen jaren niet gemakkelijk geweest vanwege de sterk verschillende karakters. Ook nu was het belangrijkste element in de emoties de zorg voor de pijn die haar dochter te verwerken zou krijgen. Maar ook dit keer waren haar eigen argumenten voldoende en was het afscheid rustig. Bij vertrek wenste haar dochter haar een geslaagde reis en ging met de hond weg.

De absorberende luier had zij inmiddels omgedaan en ze had een boek uitgezocht om zich in slaap te lezen. Zoals steeds de laatste week pakte ze een humoristisch boek van schrijvers uit haar eigen tijd. In dit geval het boek van Simon Carmiggelt *Haasje over*. Moeilijke dingen lezen wilde ze niet meer, alleen luchtige verhalen met begrijpelijke humor. Ik haalde voor haar de vanille-yoghurt, een toe-bakje, een lepel en de vijzel voor het fijnmalen van de tabletten. Zij vulde het bakje met de hoeveelheid yoghurt die ze op zou kunnen en begon vervolgens de tabletten uit de verpakking te halen die fijn gemaakt moesten worden. Ze probeerde deze in de vijzel fijn te malen maar had daarvoor niet de kracht en vroeg mij dit te doen. De grote ampullen kon ze gemakkelijk open krijgen en de inhoud voegde ze zelf bij de yoghurt. Echter, de laatste ampullen waren zo klein dat ze die met haar dikke, onhandige



vingers – ze kon eigenlijk ook al niet meer fatsoenlijk schrijven – niet open kon krijgen. Bovendien bleef een deel van het poeder gemakkelijk achter in de hulsjes, zodat ze mij vroeg ze te openen en het poeder bij de yoghurt te doen. Uiteindelijk was alles toegevoegd aan de yoghurt en er goed doorheen geroerd. De lege doosjes en de ampullen liet zij op de tafel achter, tezamen met haar afscheidsbriefje, de euthanasieverklaringen en haar wilsbeschikking met betrekking tot haar lichaam.

Zij installeerde zich in haar bed met alles binnen handbereik. Ik haalde de Spa-rood terwijl zij het mengsel opat. Zij zei dat het erg vies en bitter smaakte en vroeg zich af of daar niets lekkers voor te bedenken zou zijn. Tot slot nam ze nog een paar lepels gewone vanille yoghurt om de vieze smaak uit haar mond weg te werken. Toen was het 21.05 uur. Ruim voordat er vijf minuten verstreken waren vroeg zij om de Spa-rood omdat haar hoofd reeds licht aanvoelde. In kleine slokjes nam ze het frisse vocht tot zich waardoor de vieze smaak in haar mond nog minder werd. Daarna schikte ze zich lekker in haar kussens en begon te lezen over ‘mensen in kroegen’. Ze was rustig en ontspannen. Na korte tijd zakte het boek voorover, hetgeen ze langzaam corrigeerde. Ze mompelde iets tegen mij hetgeen ik niet kon verstaan. Waarschijnlijk herhaalde ze dat wat ze zei, maar ditmaal was het gemompel nog onduidelijker. Het boek zakte langzaam achterover op het bed, nog steeds in haar handen geklemd. Haar ademhaling was rustig en ze begon licht te snurken. Nadat dit enkele minuten zo bleef deed ik het licht uit en verliet de kamer om ongeveer 21.25 uur.

Haar dochter kwam net terug van de fietstocht met de hond en volgens afspraak gingen we vervolgens naar de tennisbaan. Rond 23.15 u. waren we weer thuis. Een korte blik in de donkere slaapkamer leerde mij dat alles rustig was. Ik opende het raam i.v.m. de warmte en ging vervolgens slapen.

Om 07.15 u. opgestaan en vervolgens kunnen vaststellen dat alles volgens plan was verlopen. Zij was rustig overleden, haar gezicht ontspannen en haar lichaam in exact dezelfde houding als die waarin ik haar had verlaten gisteravond. De bril nog recht op de neus en het boek nog steeds vastgeklemd in de hand. Blijkbaar was de dood gekomen zonder pijnen of ongemakken welke haar slaap hadden kunnen verstoren. Nadat de huisarts was gealarmeerd en die de formele melding deed van onnatuurlijk overlijden (c.q. zelfmoord, wat een grove formulering) bij de politie, begon een geheel ander proces.

### *Het wettelijke vervolg*

Al voordat de huisarts arriveerde had ik voor mezelf besloten dat ik geen details zou achterhouden, ook niet wat betreft mijn eigen actieve rol daarin. Alleen, indien mogelijk, wilde ik de rol van de huisarts minimaliseren om te voorkomen dat hij in de problemen zou kunnen komen. Zo gezegd, zo gedaan.

Met het binnenstappen van geüniformeerde politie-agenten werd onmiddellijk een formele sfeer gecreëerd. De eerste gegevens werden opgenomen en de collega's en de technische recherche gewaarschuwd. Ons werd door de leidinggevende duidelijk gemaakt dat het hier vooralsnog om een misdrijf handelde en dat wij daarin de primaire verdachten waren. Later zouden ons vervelende vragen gesteld gaan worden. Wij werden verzocht de slaapkamer van de overledene te verlaten, zodat de technische recherche zijn werk kon uitvoeren. Een van de agenten bleef bij ons, zoals hij zei om, van steun te kunnen zijn aan de familieleden van de overledene. Bij zelfmoorden zijn de familieleden vaak niet van tevoren op de hoogte en kunnen grote emotionele problemen optreden. Ik zette wat koffie voor de politiemensen en mezelf en we praatten over verschillende dingen met de agent. Na ruwweg een uur was het technische onderzoek afgelopen en had de politiearts de lijkschouwing verricht. De leider van het onderzoek nam in onze aanwezigheid contact op met de officier van justitie en die gaf vervolgens het lichaam vrij. De zorgvuldige voorbereiding door mijn schoonmoeder, de huisarts die volledig geïnformeerd was en dat ook tegenover de politie verklaarde, de diverse euthanasieverklaringen en de betrokkenheid van de NVVE maaekten voor de politie duidelijk dat hier sprake was van een zelfdoding en niet van een misdrijf. Daarmee was haar laatste wens om geen problemen te creëren voor de achterblijvers vervuld.

Achteraf heb ik het gevoel zelf vergeten te zijn echt afscheid van haar te nemen. We waren de laatste dagen zeer intensief met het proces bezig en daarbij is wel alles gezegd wat van belang was. Echter, in dat laatste uur was mijn rol duidelijk die van een emotioneel-afstandelijke begeleider en niet die van een emotioneel betrokken familielid. Ik weet dat ze die begeleidingsrol op dat moment uitdrukkelijk wenste en ook waardeerde. Wellicht was dat het wat ze wilde zeggen met die laatste onverstaanbare woorden.

Ik besef nu hoeveel moed (courage) zij had om haar afscheid zo

ten uitvoer te brengen. Zelfdoding is geen lafhartige daad, maar eist een enorme dosis moed, doorzettingsvermogen en zelfvertrouwen. Zeker omdat deze maatschappij alles in het werk stelt om fatsoenlijke zelfdoding te verhinderen, zogenaamd om misbruik te voorkomen. Het resultaat is een barrière waarop individuen met gerechtvaardigde wensen tot zelfbeschikking over het eigen leven zich te pletter lopen. Een absurde situatie! Ik hoop dat tegen de tijd dat ikzelf mogelijk toe ben aan deze stap, de mogelijkheden aanzienlijk verruimd zullen zijn. Ik ben daar echter niet gerust op!

Vooralsnog lijkt het erop dat mijn actieve rol in haar afscheid van dit leven geen juridische gevolgen zal hebben voor mijzelf. Ik heb er mij die avond geen zorgen om gemaakt, omdat ik handelde op haar uitdrukkelijk verzoek en niet meer heb gedaan dan iedere fatsoenlijke hulpverlener zou moeten doen: helpen daar waar het echt noodzakelijk is.

*Hier eindigt het verslag van de schoonzoon.*

Achteraf, nu bijna vier jaar later, zegt de dochter: 'Het is goed zoals het gegaan is. Ik ben mijn hele leven er naar toe gegroeid dat mijn moeder bij haar dood de regie in handen zou houden. En als ik in een vergelijkbare situatie kom, hoop ik dat ik het lef zal hebben om hetzelfde te doen.'

De schoonzoon: 'Ik heb zo vaak haar wanhoop gezien: "Hoe kan ik doodgaan als het zover is?" Daarom voel ik een soort opluchting: ze heeft haar doel bereikt. Bij de uitvoering heb ik de rol gekregen van een toneelknecht die zorgt dat alles goed loopt. Door het onverwachte vertrek van Rie's vriendin had ik geen tijd me erop voor te bereiden. Ik heb er geen spijt van dat ik die laatste hulp heb gegeven.'



In het tweede deel van het Dossier worden drie personen beschreven die hun dood nauwgezet voorbereidden en daarover met een begeleider of een dierbare in detail spraken. Er waren geen dierbaren bij aanwezig. Eén keer was de consulent bij de uitvoering aanwezig (Mariët, 8.4); één keer had deze kort na het innemen van de dodelijke middelen nog een telefoongesprek (Marijke 8.5); de derde persoon voerde zijn zelfdoding zonder begeleider uit, nadat hij een kleine kring intimi op zijn dood had voorbereid en met één van hen daarover uitvoerig had gesproken (Jaap, 8.6).

#### 8.4/ Mariët, 42: 'Ik besef dat ik jullie veel verdriet doe'<sup>122</sup>

Mariët groeide op als de vierde in een gezin van zeven kinderen. Binnen het gezin stond zij vaak onder druk van een ouder broertje dat ernstig lichamelijk gehandicapt was, dat alle aandacht kreeg en op wie zij als kind vaak moest passen. Met één broer en één zuster had zij goed contact. Zij behaalde het mo-diploma en volgde een opleiding tot secretaresse. Daarmee ging zij aan de slag in het bedrijfsleven.

Toen Mariët 25 jaar oud was begonnen depressieve perioden. Haar broer beschrijft haar als een extravert persoon, die al twintig jaar voor haar dood, na een geslaagde suïcide van een vriendin, reageerde: 'Had ik dat maar gedaan.' Zij kon haar omstandigheden goed organiseren en bracht daar soms verandering in om te ontsnappen aan haar gevoel 'een mislukt exemplaar te zijn'. Zo verhuisde zij een jaar voor haar dood naar het noorden van het land.

Mariët had een ruime en betrokken vriendenkring en onderhield veel contact met de uitgebreide familie. Ook was ze actief op het terrein van sport, muziek en toneel. In de loop der jaren had zij relaties met verschillende mannen, maar deze hielden geen stand.

Zes jaar voor haar dood nam zij gedurende een jaar deel aan intensieve psychotherapeutische dagbehandeling, zonder blijvend resultaat. De voorgeschreven antidepressiva nam zij onvolgende lang in om het effect te kunnen beoordelen. Tegenover haar broer verborg zij niet hoe ongelukkig ze zich vaak voelde, zich 'nooit thuis' voelde. Met hem en met enkele andere dierbaren

luisterend oor voor mij hadden, er steeds voor mij waren en er alles voor over hadden om het mij naar de zin te maken. Diep in mijn binnenste heb ik echter nog steeds deze ene wens. Het leven is voor mij te zwaar. Ik kan niet genieten van de kleine dingen die het leven zouden kunnen verrijken en waardevoller maken. Van "intimiteit" zelfs niet. Steeds ben ik in staat om aan bijna alles een negatieve draai te geven. Alles zwaar te maken. Dat ik die knop zou kunnen (c.q. willen) omdraaien, dat lukte mij niet. Het leven voelt voor mij als een loden last. Voor mij is leven lijden. Ik beseft dat ik jullie en veel mensen ontzettend veel verdriet doe. Ik hoop echter, dat jullie daarnaast kunnen bedenken, dat het *mijn* keuze is en dat ik uit mijn lijden verlost ben. Hopelijk biedt dat een beetje troost. Ik sluit jullie in mijn hart.'

Achteraf blijkt hoe zij voor de tweede maal advies gezocht had over dodelijke inslaapmiddelen bij De Einder. Aan de begeleider vertelde zij hoe in de groepstherapie werd benadrukt dat je je niet moet laten opjagen tot iets wat de publieke opinie van je verlangt maar wat je zelf niet wenst. Mariët vond het vreemd dat de therapeuten dan wel van haar verwachtten dat ze zou blijven leven. Na twintig jaar inspanning vond ze dat teveel gevraagd. Maar door haar ervaring met gedwongen opname op psychiatrische gronden, leek het haar beter om in de behandeling te zwijgen over haar concrete plannen voor een hernieuwde zelfdoding. Dit keer mocht deze wat haar betreft niet meer mislukken, zoals de vorige keer mislukt was doordat ze naar het ziekenhuis was gebracht.

De adviseur gaf haar twee adressen in het buitenland van personen die misschien in staat en bereid waren bepaalde middelen toe te zenden. Op haar verzoek voorzagen deze koeriers van Morpheus haar van een dodelijke hoeveelheid. Zij deden dit uit ideële motieven en berekenden hiervoor geen geld. Mariët maakte daarop een testament, zette haar wensen voor de begrafenis op papier en schreef afscheidsbrieven aan familie en vrienden. Een weigering van behandeling en een niet-reanimatie verklaring legde zij naast haar bed.

'Ik verklaar na grondige overweging, uit vrije wil en in het bezit van mijn volledige verstandelijke vermogens te hebben besloten tot zelfdoding. Ik heb zelf alle voorbereidende en uitvoerende handelingen verricht en zal zonder hulp van anderen de middelen toepassen.'

De consulent benoemde zij tot uitvoerder van haar niet-behandelverklaring. Zij vroeg hem of hij dit keer aanwezig zou willen zijn bij het innemen van de middelen en of hij bij haar wilde blijven totdat ze overleden zou zijn. Zo kon hij ervoor zorgen dat ze bij een voortijdige ontdekking niet weer, zoals de vorige keer, tegen haar wil terug naar het leven zou worden gehaald. Hij was daartoe bereid. Er werd een ochtend afgesproken dat er gedurende 24 uur waarschijnlijk niemand langs zou komen, omdat men dacht dat zij met vakantie vertrokken was.

In zijn verslag schrijft de begeleider:

‘Mariët zette na mijn aankomst even koffie. Samen dronken we een kopje en spraken over de vorige keer. Ik had haar toen gevraagd of ze wist waarom ze dood wilde. Dat deed ik omdat ik tot mijn verbazing een goed onderhouden en gemoderniseerd huisje aantrof, leuk ingericht, met een goede geluidsinstallatie en veel cd’s. Dit alles in tegenstelling met de meeste andere jonge mensen met doodswensen, die doorgaans hun bestaan hebben laten verpieteren. Nu draaide ze een sigaretje en memoreerde dat dit haar laatste trekjes zouden worden. “Hé”, zuchtte ze, “ik ben zo blij dat het straks afgelopen is. Ik vind dat ik maar één keer dood kan gaan, maar als alles goed gaat ben ik wel twee keer gestorven.”

Een half uur na het innemen van de middelen met wat vla en bessenjenever sliep ze zo diep dat ze op mijn spreken geen antwoord meer gaf.

Zes uur later stelde ik vast dat Mariët vredig voorgoed was ingeslapen. Aan de broer van Mariët stuurde ik een enveloppe met haar huissleutel zonder begeleidend schrijven. De adressering was in het handschrift van Mariët.’

Op maandagochtend ontving haar broer de huissleutel. Onmiddellijk begreep hij wat er gaande was en flitste de gedachte door hem heen dat hij voor háár hoopte dat het dit keer wel gelukt zou zijn. Samen met een vriendin van Mariët ging hij naar haar huis. Beiden waren het erover eens dat ze geen arts zouden waarschuwen en haar niet zouden laten opnemen, als ze haar nog levend zouden aantreffen. Want na de vorige suïcidepoging had Mariët een tijdlang last van geheugenverlies. Hij had toen het schrikbeeld gekregen dat ze aan de poging restverschijnselen zou kunnen overhouden, die het haar onmogelijk zouden maken om een volgende, effectieve zelfdoding te regelen. Toen hij haar dood in bed



aantrof, was hij eigenlijk opgelucht dat haar 'lijden aan het leven', zoals hij dat jarenlang van nabij had meegemaakt, ten einde was.

8.5/ Marijke, 44: 'Heer, wil met mij zijn,  
nu en in het uur van mijn dood'<sup>123</sup>

Marijke werd in 1956 geboren in Zeeuws-Vlaanderen als de middelste van drie kinderen. Haar vader was kleine zelfstandige. Bepalend voor haar jeugd was dat haar ouders Jehovah Getuigen waren. Op school werd zij hierom soms door de onderwijzer belachelijk gemaakt en met bepaalde kinderen mocht ze niet spelen. Reeds als kind stond ze graag in het middelpunt van de aandacht.

Een ziekenhuisopname aan het begin van de puberteit voor een blindedarmoperatie bracht haar extra aandacht. In de jaren hierna begon zij met zelfbeschadigend gedrag door zich wondjes toe te brengen waarvan zij de genezing belemmerde. Daarmee begon een levenslang patroon van aandacht zoeken van artsen, waarbij zij ook vaak een opname in een ziekenhuis wist te bewerkstelligen. Later, tijdens haar opleiding tot verpleegkundige, dwong zij aandacht af door het gebruik van allerlei geneesmiddelen. Daardoor kon zij de opleiding niet voltooien. Aansluitend op een psychiatrische opname in verband met zelfmedicatie volgde een langdurige psychiatrische behandeling in een neurosekliniek. Het belangrijkste resultaat hiervan was dat zij haar leven lang een afkeer hield van de psychiatrie. In de omgang met anderen ontwikkelde zij het vermogen om telkens weer nieuwe mensen volledig voor zichzelf op te eisen, hen beurtelings emotioneel een tijdlang 'in te spinnen'.

Op haar twintigste trad Marijke in het huwelijk met een man van twaalf ambachten en dertien ongelukken. Kort voor het huwelijk trad zij toe tot de rooms-katholieke kerk, waarvan de liturgie blijvend een sterke aantrekkingskracht op haar uitoefende. Haar eerste kind stierf drie maanden oud onverwacht aan een longontsteking die niet reageerde op antibiotica. Hoewel er daarna nog twee zoons kwamen, bleef het overleden kind in haar gevoelsleven centraal staan. Jaren later nam zij deel aan een rouwverwerkingsgroep voor ouders die een baby verloren hadden en kreeg daar veel erkenning.

Het huwelijk was ongelukkig en mondde na tien jaar uit in een

echtscheiding. Zij verhuisde met de kinderen naar een ander deel van het land. De oudste zoon ontwikkelde gedragsstoornissen waarvoor hij medicijnen voorgeschreven kreeg die Marijke ook vaak zelf gebruikte. Steeds was zij op zoek naar extra recepten via waarnemend artsen en zij bleek daarin bijzonder vindingrijk. Door zich te verwonden wist zij via Eerste-Hulpafdelingen van ziekenhuizen aan pijnstillers te komen. Later intimideerde haar zoon haar fysiek, wat tot huiselijk geweld leidde, totdat hij het huis verliet. De jongste zoon vertrok al spoedig naar het buitenland. Met hem hield zij een redelijk contact.

Rond haar veertigste ging Marijke bij een psycholoog in psychotherapie ter verwerking van het verlies van haar eerste kind. Kort daarna begon zij opnieuw met de opleiding verpleegkunde, waardoor zij weer toegang kreeg tot allerlei medicijnen. Op een dag moest ze met neurologische verschijnselen worden opgenomen. Bij onderzoek bleek er een blijvende invaliditeit te bestaan in de vorm van krachtsverlies in de linkerarm en het linkerbeen, wat gepaard ging met pijnlijke spierspasmen. Na drie maanden in een revalidatiecentrum kon zij binnenshuis weer lopen met een rol-lator, buitenshuis bleef zij afhankelijk van een rolstoel. Omdat zij haar blaas niet goed kon legen door een verlamming van de blaas-spier, leerde zij zichzelf dagelijks te katheteriseren. Haar woning werd geheel aangepast (keuken, toilet, traplift). Aan- en uitkleden was nog zelfstandig mogelijk.

In haar behandeling bij de psycholoog verschoof de aandacht naar de depressieve klachten en somtijds suïcidale uitingen, die samenhangen met de acceptatie van haar invaliditeit. De verpleeg-kunde-opleiding moest zij door de handicap staken. Na drie jaar psychotherapie lukte het, zo schreef de psycholoog in zijn brief aan de huisarts, om een nieuw evenwicht te vinden. Zij werd actief in de belangenvereniging van patiënten met multiple sclerose. Dat bracht haar veel bevrediging en sociale contacten. Van een doodswens was geen sprake meer. Eind 1998 werd de psychothe-rapeutische behandeling in goed overleg afgesloten.

Met het oog op de pijnen schreef de huisarts in de loop der jaren verschillende pijnstillers en kalmerende middelen voor, die tijde-lijk verlichting gaven. Door haar verpleegkundige achtergrond en de contacten met chronische patiënten was zij goed op de hoogte van nieuwe middelen. In de loop der jaren kreeg de huisarts sterk de indruk dat zij afhankelijk geworden was van medicijnen. Op allerlei manieren zette zij hem onder druk om pijnstillers en kalmerende middelen voor te schrijven.



Begin 1999 werd Marijke opnieuw opgenomen op een neurologische afdeling in verband met een subjectieve toename van de klachten. Bij onderzoek werd een verlamming van de aangezichtszenuw gevonden die het spreken bemoeilijkte; er bestond een gedeeltelijke uitval van het gezichtsveld en zij klaagde over dubbelzien bij het lezen. Het meeste last had zij van pijnen door spierspasmen. Alle afwijkingen verdwenen na korte tijd en de neuroloog kon geen objectieve aanwijzingen vinden voor een tweede herseninfarct.

Ondanks de geruststelling van de neuroloog bleef Marijke ervan overtuigd dat zij een tweede infarct had doorgemaakt. Zij vreesde dat ze bij herhaling hiervan in een verpleeghuis opgenomen zou moeten worden. Zij besloot voor zichzelf dat ze liever eerder doodging dan dat ze gedwongen zou worden haar huis te verlaten. Voordat ze haar zelfredzaamheid zou verliezen, wilde ze zelfstandig haar leven beëindigen.

Ze organiseerde een lentefeest voor haar vrienden, maar zei tegen niemand dat dit haar afscheidsfeest was. Wel vertelde ze iedereen dat het nu wel gauw met haar gedaan zou zijn omdat ze grote kans maakte op een nieuwe hersenbloeding. Zonder overleg met anderen deed zij enkele weken later een suïcidepoging met tabletten. Na twee dagen werd zij wakker, een vriendin die haar gevonden had, zat naast haar bed. De waarnemend huisarts die met haar sprak zei dat als ze werkelijk dood wilde, ze er goed aan deed om een behandelverbod op te stellen. Want toen hij haar buiten kennis aantrof, was het hem niet duidelijk geweest of hij haar naar het ziekenhuis had moeten sturen. Doordat er geen levensgevaar aanwezig leek, had hij dit achterwege gelaten.

Marijke was teleurgesteld toen zij weer bij kennis kwam en vooral ook teleurgesteld in zichzelf dat zij dit niet goed had voorbereid. Zij was vastbesloten om een nieuwe poging te doen die niet weer zou mislukken. Via een vereniging voor waardig sterven kreeg zij contact met een adviseur. Deze hoorde haar verhaal aan en vroeg welke medicijnen zij reeds voorgeschreven kreeg. Op dat moment had Marijke reeds zware pijnstillers en overwoog de huisarts over te gaan op een morfiepompje. De adviseur raadde haar aan om in plaats van de morfiepomp andere pijnstillers en slaapmiddelen te vragen die in combinatie vaak effectief dodelijk zijn.

De pijnstiller kreeg Marijke zonder moeite, met de slaapmiddelen was de huisarts zeer terughoudend vanwege haar recente



suïcidepoging. Marijke vond het niet zo erg dat het verzamelen hiervan wat langer zou duren, want zij had zich voorgenomen om haar leven pas te beëindigen op de dag waarop zij haar eerste kind had verloren.

Terwijl zij slaapmiddelen spaarde, bereidde ze de uitvaart in detail voor. Ook dacht zij erover wie zij bij het overlijden aanwezig wenste. Nu eens dacht zij aan een goede vriend, dan weer aan de pastoor met wie zij een goede band had. Maar uiteindelijk vertrouwde zij uitsluitend de adviseur, aan wie zij dit als volgt uitlegde: 'Anderen zullen misschien een dokter erbij roepen, dan mislukt het weer. Jij zal dat niet doen.' Maar volgens haar zuster was er een andere reden dat Marijke niemand anders bij haar overlijden wenste. Marijke wilde geheim houden dat zij zélf haar leven beëindigde om daardoor niet bij de pastoor de kans op een uitvaartmis te verspelen.

Eind juni werd zij onderzocht door een revalidatiearts met het oog op een nieuwe experimentele vorm van pijnbestrijding. Zijn conclusie luidde dat de kans gering was dat haar pijnklachten hierop zouden verminderen. Twee weken later werd zij op een neurologische afdeling opgenomen omdat zij 's nachts wakker geworden was met hevige pijnen en bemerkte dat zij zich niet meer kon bewegen. Deze ervaring had haar erg angstig gemaakt. Na onderzoek werden 'geen overtuigende aanwijzingen' gevonden voor een nieuwe hersenbloeding. Al na enkele dagen kon zij terug naar huis.

Tegen de adviseur klaagde zij over toenemende pijnen door de spierspasmen: 'Ik word steeds vaker wakker met mijn tenen in mijn knieholten. Zo houd ik het niet uit tot volgend jaar.' Op dat moment werd de pijnbestrijding belemmerd door het feit dat zij de voorgeschreven morfine niet gebruikte, omdat de dodelijke pijnstillers die zij gespaard had niet meer dodelijk zou zijn als zij regelmatig morfine bleef gebruiken. Met haar arts kon zij hierover niet praten want uit eerdere gesprekken wist zij dat hij haar zelfdoding zou proberen te beletten. Hij had haar gezegd dat hij uitsluitend in de laatste fase van een dodelijke ziekte bereid was tot hulp bij zelfdoding.

Haar jongste zoon kwam op bezoek en vertelde dat hij voor langere tijd naar India vertrok. Marijke zei hem dat ze nu echt niet lang meer zou leven. Hij begreep hieruit dat zij een nieuwe hersenbloeding voelde aankomen. Voor zijn vertrek kwam hij afscheid van moeder nemen. Tegen haar zuster zei Marijke: 'Ik wil

niet meer verder, ik ben helemaal op! Als de artsen me niet willen helpen, dan doe ik het zelf.' Bij allerlei mensen ging ze langs om afscheid te nemen. Over haar ouders vroeg ze zich af of haar zelfgekozen dood voor hen moeilijk te aanvaarden zou zijn en hoe ze dit zou kunnen verzachten. Ze besloot er met hen niet van te voren over te spreken. Op schrift verdeelde ze haar sieraden en benoemde haar broer tot executeur testamentair.

Na het vertrek van haar zoon naar het buitenland werd ze opnieuw wakker met dezelfde beangstigende ervaring: ze kon een tijdlang niet spreken en één lichaamshelft was volledig verlamd. Toen dit 's ochtends wegtrok, belde ze direct de adviseur om op korte termijn een datum voor de zelfdoding vast te leggen, drie maanden eerder dan ze oorspronkelijk van plan was geweest. Ze was tijdens deze voorbijgaande verlamming panisch geworden dat ze met haar zelfdoding te laat zou zijn en verlamd in een verpleeghuis zou worden opgenomen. Samen stelden ze de datum voor de zelfdoding vast over drie weken.

De revalidatiearts kwam met het voorstel om de pijn te bestrijden door een zenuwblokkade. Hoewel haar besluit tot zelfdoding vaststond, ging Marijke hiermee akkoord in de hoop dat daarmee de laatste dagen van haar leven enigszins pijnvrij zouden zijn. Het resultaat van de eerste blokkade stelde haar teleur, maar ze ging in op het voorstel van de specialist voor een tweede afspraak om geen argwaan te wekken. Tegen de adviseur zei ze: 'Voor mij hoeft het allemaal niet meer maar als ik dat laat merken, gaan ze proberen me tegen te houden.'

Op 10 augustus kreeg ze van de huisarts het slaapmiddel dat door de adviseur was aanbevolen om voor zelfdoding te gebruiken in combinatie met de pijnstillers die reeds in haar bezit was. Alle benodigde middelen had ze nu in huis. Diezelfde dag ondertekende ze het behandelverbod en de euthanasieverklaring. Haar broer verleende ze een volmacht om op naleving van het behandelverbod toe te zien.

Twee weken later werd ze zo bang dat een nieuw herseninfarct haar zelfdoding zou verijdelen, dat ze opnieuw de adviseur belde met de vraag om de datum te vervroegen: 'Andere mensen hangen aan het leven maar ik wil dit echt niet langer. Het lijkt of mijn ogen nu ook snel achteruitgaan. Iedere avond ben ik bang dat ik wakker zal worden met een nieuw infarct, waardoor ik opgenomen moet worden en het niet meer zelf kan doen. Mag het alsjeblieft een week eerder? Kan jij er dan bij zijn?'

Deze datum kwam de adviseur bijzonder slecht uit en bovendien voelde nu ook zij zich door de herhaalde vervroeging van het tijdstip onder druk gezet. Ook zag zij op tegen haar aanwezigheid bij de zelfdoding. Alles tezamen bracht dit haar ertoe te weigeren op die datum aanwezig te zijn. In plaats daarvan bood zij aan het innemen van de middelen telefonisch te begeleiden. Marijke ging hier dankbaar op in omdat zij een hernieuwde mislukking tot iedere prijs wilde voorkomen.

De adviseur bracht haar een laatste bezoek om alle mogelijke knelpunten nogmaals door te spreken. Tegen de burens zou Marijke zeggen dat ze het komend weekend wegging, zodat die niet, zoals gebruikelijk, die avond even bij haar langs zouden komen. Met dat smoesje kon ze ook regelen dat haar poes te eten kreeg. De euthanasieverklaring en het behandelverbod zou ze goed zichtbaar neerleggen. Het afscheid was voor beiden emotionerend, Marijke sprak nadrukkelijk de woorden uit: 'Dank voor alles!'

Op de afgesproken dag belde de adviseur precies op het tijdstip dat was overeengekomen. Marijke vertelde dat ze die ochtend volgens de afspraak met het antibraakmiddel was begonnen. Maar anders dan was afgesproken had zij het papje met de fijn gemalen middelen reeds enkele minuten vóór het telefoongesprek ingenomen: 'Ik merk nog niks.' Op verzoek van Marijke sprak de adviseur, zelf gelovig, een kort gebed uit, dat eindigde met de woorden:

'Lieve God, toon haar uw barmhartigheid. Wil bij haar zijn, nu en in het uur van haar dood. Amen.'

Vanaf het woord 'nu' bad Marijke hardop mee: 'nu en in het uur van mijn dood'.

Daarna herhaalde de adviseur nog twee instructies, die zij samen al eerder hadden besproken om de kans op voortijdige ontdekking zo klein mogelijk te maken:

- doe je nachtlampje nu uit (met het oog op de burens die meenden dat zij niet thuis was).

- het is uit.

- leg straks de hoorn goed op de haak (zodat iemand die zou opbellen niet steeds een in-gesprek-toon zou krijgen, daardoor argwaan zou krijgen en komen kijken). En ga nu maar lekker liggen.

- dank voor alles.

- dag.

- dag.

Pas twee dagen na haar dood werd zij gevonden. De dienstdoend huisarts was er niet zeker van of mevrouw overleden was ten



gevolge van een recidief hersenbloeding of dat het toch een zelfdoding was. Om de familie een onderzoek door lijkschouwer en politie te besparen, gaf hij een verklaring af van natuurlijke dood.

De uitvaartmis verliep geheel volgens Marijkes wensen.

Achteraf voelt de huisarts zich door zijn patiënte om de tuin geleid. Maar hij heeft ook respect voor de wijze waarop zij recht op haar doel is afgegaan: 'Zij had een erg moeilijk leven gehad met de nodige teleurstellingen in haar twee volwassen kinderen. Na het herseninfarct heeft zij nog vier jaar gevochten om door te leven. Tenslotte kreeg de angst voor een nieuw infarct haar in de greep. Doordat er hiervoor in het ziekenhuis geen objectieve aanwijzingen gevonden werden, wilde ik niet op haar doodswens ingaan. Door het helemaal zelf te doen, heeft zij mij er niet mee belast.'

Haar zuster kan zich voorstellen dat Marijke weinig meer had om plezier uit te putten: 'In haar rolstoel voelde ze zich op straat net een bejaarde.' Toch vindt ze het ook moeilijk de zelfdoding te accepteren als onvermijdelijk. Het feit dat Marijke dit niet helemaal alleen heeft hoeven doen doordat de adviseur tot het laatst met haar in gesprek was, is voor haar zuster en broer een geruststelling. Beiden herkennen de manier waarop de adviseur door Marijke helemaal is ingepalmd en om de tuin geleid, zoals ze dat van haar al met zovele anderen hadden meegemaakt: 'Ze kon mensen die haar niet kenden een tijdje om haar vinger winden en legde dan heel sterk beslag op zo iemand. Marijke had haar zinnen gezet op "zelf-euthanasie", daarvoor gebruikte zij de adviseur. Omdat zij een katholieke begrafenis wilde, moest het de indruk maken van een natuurlijke dood. Dat is haar goed gelukt.'

Haar broer en zus weten niet of zij er goed aan doen om de andere nabestaanden op de hoogte te brengen van de zelfdoding.

### 8.6/ Jaap, 38: 'Ik hoop dat niemand een persoonlijke afwijzing voelt door mijn weigering om te leven'<sup>124</sup>

Moeder: 'Samen met zijn jongere zusje heeft hij de eerste zestien jaren een weinig opvallende jeugd gehad. Toen hij twaalf was, ben ik gescheiden, hij woonde bij mij maar had een goed contact met zijn vader. Op zijn zestiende kwam zijn eerste liefde, een volwassen man. We konden daar goed over praten. Een jaar later is hij het huis uitgegaan en koos voor de kunstacademie. Hij had buiten-

gewoon veel aftrek bij mannen, voorzover ik weet is hij maar één keer echt afgewezen door een man die hij wilde hebben.

Voor mij werd het na zijn zeventiende kommer en kwel. Heftige confrontaties tussen ons wisselden elkaar af met momenten van een grote intimiteit, meer dan ik ooit met een ander heb gekend. Daarna kon hij me zo bruskeren: na een urenlang gesprek over de meest persoonlijke dingen zei hij "tot ziens" – en dan kon hij soms jaren niets meer van zich laten horen, wees mijn pogingen tot contact af, reageerde niet op briefjes, niets. Ik kon daar steeds slechter tegen, het bracht me uit balans. Het is raar om over je zoon te zeggen, maar voor mij is het een hele rust dat hij er niet meer is.'

Dylan: 'Zevenentwintig jaar was hij, toen hij onverwachts een suïcidepoging deed met slaaptabletten en pijnstillers die hij bij mij had weggenomen. Zijn vaste partner had de relatie beëindigd. Zijn lever was beschadigd door hepatitis, daardoor bleef lang onzeker of hij het zou overleven, wekenlang lag hij op de intensive care. Toen er een keer even niemand op de kamer was, ben ik zachtjes op hem gaan liggen, voorzichtig om alle slangen die uit zijn lichaam kwamen niet aan te raken, en fluisterde ik in zijn oor: "Kom terug! Je moet me eerst uitleggen waaróm! Kom terug!" Het zal toeval zijn, maar hij kwam terug.'

Moeder: 'Ik zat naast zijn bed toen hij de eerste dag op zaal lag. De psychiater kwam langs en zei iets wat ik fantastisch vond: "Zo Jaap, daar ben je nu. Het heeft ons zes weken gekost voor we je uit de intensive care hadden. Godsgruwelijk zou het zijn als je nu onder de tram zou lopen. Besef je wat je je nabestaanden aandoet om er tussenuit te knippen zonder dat je hen hebt ingelicht, zonder dat je je rekeningen betaald hebt? Dat is onvergeeflijk!"

Na drie weken op de psychiatrische afdeling is hij ontslagen. Hij kreeg nog een tijdje antidepressiva die niet hielpen. In die tijd heeft hij me beloofd: "Ik denk niet dat ik het ooit nog eens zal doen, maar als ik het weer doe, zal ik er met jou over praten." Die belofte heeft hij gehouden.'

Dylan: 'Het duurde ruim vijf jaar voor hij opnieuw een vaste relatie kreeg. Jaap woonde en werkte toen in Berlijn. Een paar maanden voor zijn dood stond hij bij mij hier op de stoep, zijn partner had het uitgemaakt. Iets in zijn ogen maakte dat ik op de man af vroeg: "Ga jij een einde aan je leven maken?" Hij knikte. Ik

heb toen gezworen dat ik hem ervan af zou brengen. Hij logeerde bij mij, we praatten heel veel, maar telkens kwam hij op hetzelfde uit: "Ik kan niet doorleven zonder die ene man met wie ik een echte relatie heb. Eigenlijk kon ik dat zes jaar geleden al niet, toen had ik dood moeten zijn. Nu is het opnieuw gebeurd, en moet ik alleen verder. Dit wil ik nooit weer meemaken, het is te pijnlijk. Ik kan niet van mezelf houden – ik voel me zo onvoorstelbaar leeg – er is niks in mij om voor te leven." Als ik zei: "je kan in therapie gaan", dan schudde hij zijn hoofd, hij zag het nut daarvan totaal niet in. En hij dacht er niet over nog eens aan pillen te beginnen.

Ik merkte dat ik niet tot hem kon doordringen. Misschien klinkt het arrogant, maar als mij dat niet lukt, lukt het niemand. Ik heb toen gedacht dat als het toch niet tegen te houden viel, ik op zijn minst kon aandringen dat hij het nu anders zou doen dan de vorige keer, op een meer verantwoorde manier. Ik zei hem dat hij op zijn minst zijn vrienden en familie een persoonlijke brief zou kunnen sturen en zijn financiën op orde brengen. Zonder daar verder met mij over te spreken heeft hij dat die laatste twee maanden van zijn leven op een perfectionistische manier gedaan, zoals hij alles tot in de puntjes heeft voorbereid. De dodelijke middelen heeft hij in Zwitserland verzameld, maar hij wilde niet zeggen welke. Ik weet alleen dat hij het boekje *Final Exit* van Derek Humphrey gelezen had.'

Moeder: 'Drie maanden voor zijn dood schreef hij mij uit Berlijn dat hij door het vertrek van zijn vriend het leven niet meer zag zitten. Zijn werk liep niet, in de liefde voelde hij zich verstoten. Hij schreef me af en toe, een tijdje had ik hem bijna om de andere dag even aan de telefoon. Het ging wel altijd over zijn lijden. Als ik vroeg wat hij aan het doen was, zei hij "brieven schrijven". Achteraf bleek dat de stapel afscheidsbrieven te zijn.

Ook anderen wisten van zijn doodswens. Zijn vader belde hem bijna dagelijks. Een week voor zijn dood is zijn zus nog naar hem toe gereden omdat hij ten einde raad was. Dat bezoek werd een volledige mislukking, hij stelde zich onbereikbaar op. In die tijd heb ik tegen iemand gezegd dat ik dacht dat Jaap zelfmoord ging plegen, ik moet het dus geweten hebben. Maar toen het bericht kwam, was het toch totaal onverwacht.'

Dylan: 'Op een dag belde hij me op: "Wil je nu komen, ik ga me ophangen." Ik heb hem hysterisch huilend uitgevloekt: "Denk je



dat ik je hand ga vasthouden?!" Ik ben direct naar hem toe gereisd en heb voorgesteld dat we samen op vakantie zouden gaan, maar hij deed er geen moeite voor, terwijl hij het geld ervoor had liggen. Hij bracht de dagen door met hardlopen en afscheidsbrieven schrijven. Ik bleef een week, we deden de dingen die we vroeger graag samen deden, naar musea en zo, maar de schwing was eruit. Hij zei dat niet het doodgaan voor hem het ergste was, maar om alleen te sterven. Ik reageerde: "Dat hoeft niet, als het moet kom ik bij je", maar in mijn hart wist ik toen al dat ik dat niet waar zou kunnen maken. Ik was als de dood dat ik dan door de Duitse politie verhoord zou worden, misschien in een Duitse gevangenis zou komen. Mijn joodse verleden maakte dat idee onverdraaglijk. Dat mocht hij niet van me vragen. Toen ik op het vliegveld afscheid nam, ben ik in huilen uitgebarsten. Ik wist dat ik hem nooit meer zou zien.

Een paar weken later is het gebeurd. Hij heeft me geraffineerd op het verkeerde been gezet, door een geruststellende boodschap op mijn antwoordapparaat in te spreken. Iets in de trant van: "Ik meld me weer even, alles okay, maak je niet ongerust." Toen zijn vader me belde dat hij geen gehoor kreeg en of hij de politie zou bellen, zei ik: "Dat hoeft nu niet." Twee dagen later is die toen wel ingeschakeld en hebben ze hem dood gevonden. Een behandelverbod in perfect Duits lag naast zijn bed voor als hij nog in leven gevonden zou worden. De politie heeft zijn lijk een week lang niet willen vrijgeven.'

Moeder: 'Ik heb nog nooit zoveel mensen op een begrafenis gezien. Net als hij vind ik dat het leven geen zin heeft. Maar anders dan hij ben ik nieuwsgierig en heb er plezier in. Hij schreef mij: "Ik ben leeg en weet niet hoe ik de leegte vullen moet. Twee keer heb ik bij een partner ervaren hoe het is om gevuld te zijn. Van binnen voel ik te weinig zelf, of eigenliefde. Ik weet niet hoe je dat noemen moet.'"

Dylan: 'Ik voel me niet schuldig dat hij nu dood is maar wel is overheersend het gevoel van mislukking. Ik herinner me een ochtend, tijdens dat laatste bezoek aan hem. Ik vroeg: "Mag ik je omhelzen?" Hij knikte van ja. Toen ik losliet, zei hij: "Wil je dit nooit meer doen, het was afschuwelijk." Hij was onbereikbaar.'

Naast een groot aantal afscheidsbrieven aan individuen, was er een algemene afscheidsbrief. De tekst wordt hier integraal geciteerd; interpunctie en indeling zijn conform het origineel.

Lieve Allemaal,

Ik wil iedereen die om me geeft heel erg bedanken voor alle liefde! Ik heb zoveel gekregen, en om alles weg te gooien moet de indruk geven dat ik niets waardeer. Dat is niet zo, ik heb gevoeld wat anderen voor me deden, heb ook geprobeerd terug te geven voor zover ik niet in m'n eigen pijn verstrikt was, en heb genoten van de warmte van vrienden en familie. Ik hoop dat niemand een persoonlijke afwijzing voelt door mijn weigering om te leven.

Er moet iets fundamenteels missen in me dat ik zoveel liefde om me heen kan waarnemen en er toch niet de kracht uit putten om verder te gaan. Naarmate ik ouder word is het steeds eenvoudiger geworden nieuwe lieve mensen naar me toe te halen, misschien voel ik meer wat ik allemaal te geven heb, kan ik makkelijker geven. Het maakt m'n sociale leven makkelijker, alsof ik meer deel van de wereld ben dan vroeger, maar m'n zelfwaardering verandert het helaas niet. Ik voel me nog steeds leeg van binnen, niet goed genoeg, en heel erg eenzaam, ook al probeert m'n omgeving me het tegendeel te laten zien. Misschien heeft het er mee te maken dat ik ben opgegroeid niet met de boodschap dat ik iets moest bereiken in het leven, maar i.p. daarvan verplicht gelukkig worden en jezelf volkomen realiseren.

De afgelopen weken heb ik eigenlijk alleen maar rondgelopen langs de rivier en m'n hele leven gezien. M'n vroegste herinnering is ontheemd te zijn, me nergens thuis te voelen. Terwijl ik toch gelukkige familiefotos heb, dat gevoel moet in mij geweest zijn. Het is ook steeds hetzelfde gevoel gebleven, hoe verder ik op reis ging in de wereld hoe minder het opviel me niet thuis te voelen, want op reis hoort dat erbij en is zogenaamd tijdelijk. In mezelf heb ik nooit een aanknooppunt gevonden om dat te veranderen, ondanks crisis en therapie; de enige oplossing die echt hielp was via een partner. Niet zo verstandig, daarbij heb ik me heel erg afhankelijk gemaakt, de ander veel te veel verantwoordelijkheid gegeven, maar beter dan niets. In ieder geval het enige echte geluksgevoel dat ik gehad heb.

het vormgeven gehad, als iets echt gelukt was, niet zo vaak. Het is zonde dat ik door zoveel zelfkritiek m'n talent nooit verder heb kunnen ontwikkelen en doorzetten, zoveel capaciteit die ongebruikt is gebleven.

Maar eigenlijk wil ik het niet over mezelf hebben, maar over jullie. Ik denk continu aan mijn ouders, schaam me zo en voel me toch nog schuldig ook al is dat de afgelopen zeven jaar veel minder geworden. Jullie houden allebei wel zeer van het leven, en jullie schepping niet. Ik hoop dat jullie je niet afgewezen voelen, ik voel me verbonden, en door de jaren heen steeds meer waardering voor jullie beiden. En ook mijn zuster, we hebben in het opgroeien door de scheiding en zo eigenlijk de zelfde problemen gekregen, met een ander tijdschema misschien, en elkaar eigenlijk nooit de passende steun kunnen geven. Niet uit onwil, we konden elkaar gewoon niet bereiken. De afgelopen maanden heb je heel erg geprobeerd me te bereiken, en het spijt me zo dat je me niet kon helpen.

Ik zie een hele groep mensen die om me geven, die ik nu allemaal met mijn problemen opzadel door iedereen een slag te geven. Dat vind ik vreselijk. Alsjeblieft neem me niet teveel kwalijk, ik hoop dat de mooie herinneringen het belangrijkste zijn. Zelf ben ik verzoend en eigenlijk heel rustig, zeker geen paniek, ik hoop dat jullie hier uiteindelijk ook vrede mee kunnen hebben, en me uiteindelijk vergeven.

IK HOUD HEEL ERG VEEL VAN JULLIE!!

Jaap



Voor de begeleiding van de medewerker zijn de coördinatoren verantwoordelijk, die van elk contact met een cliënt een schriftelijk verslag ontvangen. Ook voeren deze periodiek een functioneringsgesprek en na twee jaar het evaluatiegesprek.

De NVVE organiseert periodieke bijeenkomsten en trainingen 'die de NVVE noodzakelijk acht voor het uitoefenen van haar werkzaamheden'. Het bijwonen daarvan is in principe verplicht.

De medewerker ontvangt geen honorarium maar een volledige onkostenvergoeding en is verzekerd, inclusief de auto, bij de uitoefening van haar werkzaamheden. Ook is zij verzekerd voor rechtsbijstand. De cliënt betaalt 15 gulden per huisbezoek rechtstreeks aan de NVVE.

Er is een 'Klachtenprocedure NVVE', d.d. 1-11-2000. Klachten worden behandeld door de directeur en indien de klacht deze zelf betreft, door het bestuur.

# Noten

## INLEIDING EN VRAAGSTELLING

1. Een uitvoerige motivering hiervan vindt men in: Chabot, *Zelf Beschikt*, 1993.
2. Chabot, 'De vraag om hulp bij zelfdoding', 2000. Zie ook de kritiek van Tholen (2000) en de reactie daarop van Chabot (2001).
3. Bijvoorbeeld op het internet: [www.alt.suicide.holiday](http://www.alt.suicide.holiday), en het boek van Humphrey, *Waardig sterven*, 1992; Ned. vert. van *Final Exit*, 1991.
4. Aantal zelfdodingen 1995-1999 (bron: CBS)

	1995	1996	1997	1998	1999
zelfdodingen	1511	1577	1570	1519	1517

De vraag of het aantal *waardige* zelfdodingen steeg, wordt besproken in hoofdstuk 6, nadat eerst afgebakend is wat als 'waardig' geldt.

## 1 / ACHTERGRONDEN VAN HET ONDERZOEK

5. In 1995 vonden er in Nederland zo'n 1500 zelfdodingen plaats op ca. 135.000 sterfgevallen, ofwel 1,2% (CBS, *Vijftientig jaar zelfdoding in statistieken*, 1995, p. 19; zie p. 21 voor de cijfers van andere landen). De frequentie van zelfdoding lag rond 1900, toen Durkheim *Le suicide* publiceerde, op hetzelfde niveau als rond 1994, namelijk op 13 per 100.000 inwoners boven 15 jaar (ibidem, pp. 17-19). In de afgelopen eeuw waren er golfbewegingen maar is er geen sprake van een toename.
6. 'It is possible to speak of collective as well as individual states of anomy.' Berger, *The social construction of reality*, 1969, p. 31.
7. 'There are nomic as well as anomic suicides, a point alluded to but not developed by Durkheim in his discussion of "altruistic suicide".' Ibidem, p. 194.
8. Chabot, 'Dokters en doodgaan', 1997; Griffiths e.a., *Euthanasia and Law in the Netherlands*, 1998.
9. Daarbij wordt dit gedragen door processen van informalisering, die een toename van gedrags- en gevoelsalternatieven meebrengen. Zie Wouters, *Van minnen en van sterven*, 1995. Zie over individualisering: Schnabel, 'Individualisering in wisselend perspectief', 1999.
10. De begrippen 'humaan' en 'waardig' zijn ideologisch zo topzwaar, zoals in hoofdstuk 3 wordt besproken, dat zij hier telkens tussen aanhalings-tekens worden geplaatst.
11. 'Zelfmoordconsulent' is een nieuwvorming die Nova op 14 juli 2001 de ether inzond.
12. Nijhof, *Levensverhalen. De methode van autobiografisch onderzoek*, 2000.

13. Vertaling van het in 1993 in Edinburgh verschenen boekje van Docker, Smith e.a., *Departing Drugs*, dat inmiddels in onder meer in het Frans, Duits, Spaans en Japans is vertaald.
14. Docker, 'A guide to suicide guides', 1995.
15. Cornelisse en Bobbe, 'Gesprekken over zelfdoding', 1999, p. 13.
16. Radicaler omdat De Einder zich afzet tegen de 'sleutelpositie' van de arts bij zelfdoding: 'Wij noemen dat het "medisch model" en geven onze eigen inspanningen de titel "maatschappelijk model"'. Brolsma e.a., *Begeleiding van mensen met een doodswens*, 1999, p. 4.
17. Hilarius, *De geur van abrikozenbloesem ontstegen*, 2001.
18. De gevallen die beschreven worden in *Departing Drugs* (Het Schotse boekje) en in Humphreys bestseller *Final Exit*, zijn ideologisch topzware verslagen, die bijvoorbeeld over de weinig doeltreffende 'plastic zak methode' misleidende informatie verspreiden. Chabot en Gill, 'Een onzekere doe-het-zelf methode', 1996.
19. Wat betreft het belang van de garantie van anonimiteit, vertoont dit onderzoek overeenkomst met het onderzoek onder artsen naar euthanasie en hulp bij zelfdoding door Van der Maas (1991) en Van der Wal (1996), waarbij eveneens een ondergrondse praktijk van niet-gemelde gevallen in kaart werd gebracht. Zie Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, 1996.
20. In dit onderzoek gebruik ik de aanduidingen voorlichter, begeleider, adviseur en consulent als synoniemen voor de medewerkers van de NVVE en van De Einder. Pas uit de gevalsbeschrijvingen wordt duidelijk wat hun rol precies omvat.
21. Bij vrouwen vindt 24% van alle zelfdodingen plaats met medicijnen, bij mannen is dat 13%. CBS, *Vijftiendertig jaar zelfdoding*, 1995, p. 33.
22. Zie Brunenberg, Kruijff en Schnabel, *Doodsoorzaak: suicide*, 1991, pp. 40-41.
23. Ibidem, p. 48.
24. Ibidem, p. 42.

## 2/ DRIE GEVALSBESCHRIJVINGEN

25. Verslag op basis van interviews met de echtgenote, beide kinderen en met de huisarts.  
Schriftelijke informatie werd verkregen van de consulent en van de arts die tijdens het proces van versterven Jacques dagelijks bezocht.
26. SCEN is de afkorting van Steun en Consultatie Euthanasie Nederland, een landelijk netwerk van speciaal getrainde artsen die advies geven aan huisartsen of specialisten die met de vraag om euthanasie geconfronteerd worden. Een belangrijke functie van SCEN-artsen is dat zij als onaf-



- hankelijk consultant onderzoeken of aan alle wettelijke zorgvuldigheidseisen voor euthanasie is voldaan.
27. Dit verslag is gemaakt op basis van een interview met Ricks zus, met wie hij tijdens zijn ziekte het meeste contact had, en met de adviseur die Rick tijdens de laatste acht maanden van zijn leven begeleidde.
  28. Dit verslag is gemaakt op basis van een interview met de ouders en de broer, die aanwezig waren bij de zelfdoding. De adviseur gaf inzage in haar verslagen van het telefonische en mondelinge contact met René en zijn ouders.
  29. René maakte hiervan aantekeningen, die zijn ouders aan onderzoeker ter hand stelden.

### 3/ ZELFDODING IN EIGEN KRING: EEN APARTE CONFIGURATIE

30. Van Tol (*De Balanszelfdoding*, 1985) vond aanwijzingen voor een afweging bij ongeveer 3% tot 5% van alle zelfdodingen.
31. Deze aanduiding, die mij werd gesuggereerd door A. de Swaan, herinnert aan de uitdrukking 'sovereiniteit in eigen kring' van Abraham Kuiper.
32. Philippe Ariès tekende de middeleeuwse sterfbedscène: 'De encensering is steeds dezelfde: de centrale positie is toebedeeld aan de zieke in bed en steeds is de kamer vol mensen. Zelfs als de aanwezigen alleen maar familieleden zijn, moeten deze altijd een dicht opgeengedrongen en talrijke indruk maken. Het "sterfbed" heeft een hekel aan leegte en voltrekt zich als een publieke daad.' Ariès, *Het beeld van de dood*, 1987, p. 89.
33. Die tijd is minder ver weg dan het lijkt. Maria Dermoût beschrijft in *Nog pas gisteren* (1951) een voorbeeld dat rond 1900 speelt, toen duelleren al officieel door het Gouvernement verboden was.
34. Van Hooff, *Zelfdoding in de antieke wereld*, 1990.
35. De encensering is van Plato. Ariès citeert in *Het beeld van de dood*, 1987, pp. 97-98, een achttiende-eeuwse imitatie: Mirabeau 'is heel eenvoudig gestorven, niet in christelijke berusting, maar met de vastberadenheid van een wijze uit de Oudheid, als een stoïcijn, omringd door zijn vrienden, met hen pratend over de dingen van deze wereld, zich niet bekommerend om een hiernamaals waarin hij niet geloofde. [...] vroeg in de morgen bereidde hij zich voor op de dood: "Vriend," zei hij tegen Cabanis, "vandaag zal ik sterven. Is het eenmaal zover met een mens gekomen, dan staat hem maar één ding te doen: zichzelf parfumeren, zich een bloemenkroon op het hoofd zetten en zichzelf te omringen met muziek, ten einde op aangename wijze in die slaap te geraken waaruit men niet meer ontwaakt.'" In dit geïdealiseerde beeld van een sterfbedscène komen echtgenote of kinderen niet voor.
36. Zie voor de redenen waarom deze methode vermoedelijk vaak mislukt: Chabot en Gill, 'Een onzekere doe-het-zelf methode', 1996.

37. *Het Schotse boekje*, 1998.
38. Vaak bestaat het misverstand dat de omstanders het met een afweging die uitmondt in zelfdoding eens zouden moeten zijn. Mensen die wilsbekwaam zijn, die blijk geven in staat te zijn tot een afweging van voor- en nadelen, mogen in onze samenleving een besluit nemen dat in de ogen van anderen uiterst onverstandig is. De weigering door Jacques en Rick van opname in een verpleeghuis, vindt de een onverstandig, een ander noemt het egoïstisch. Maar indien het een weigering is op basis van adequate informatie door een wilsbekwaam persoon, dient hij volgens juristen gerespecteerd te worden, ook als dit vervolgens uitmondt in een zelfdoding.

#### 4/ ZELFDODING MET ZORG, ZONDER DIERBAREN: EEN INCOMPLETE CONFIGURATIE

39. Omdat alle drie de zelfdoders in dit hoofdstuk vrouwen zijn wordt hier de vrouwelijke vorm gebruikt.
40. Dit verslag is gebaseerd op een interview met de adviseur en met de huisarts.
41. Verslag is gebaseerd op een interview met de adviseur en met de huisarts.
42. Dit verslag is gebaseerd op het verhaal van de kinderen en van de huisarts. Bij deze zelfdoding was geen adviseur betrokken.
43. Drion, 'Het zelfgewilde einde van oude mensen', in: *NRC Handelsblad*, 19-10-1991.
44. Hetzelfde bewijsprobleem speelt een rol als een arts pijnstillers gebruikt waarmee hij, op verzoek van zijn patiënt, beoogt het overlijden tot stand te brengen. Zolang de intentie om te doden niet wordt toegegeven, kan dit doorgaan voor 'pijnbestrijding' (Griffiths e.a., *Euthanasia and Law*, 1998).
45. In het Dossier komen bij Mariët (8.4) en Marijke (8.5) nog andere wegen naar voren om zich middelen te verschaffen, maar omdat het hier geen ouderen betreft, blijven deze nu buiten beschouwing.
46. Als jurist rechtvaardigde Drion zijn voorstel nadrukkelijk niet met een beroep op het zogenaamde recht op zelfbeschikking (zie Drion, 'De maakbaarheid van de dood', 1995). Anderen, die met zijn gedachtegoed op de loop gingen, dachten dat hij dat wel had gedaan.

#### 5/ DE ROLVERDELING BIJ ZELFDODING MET ZORG

47. Zie Bijlage I voor een samenvatting van de organisatie van de NVVE-medewerkers.
48. Cornelisse en Bobbe, 'Gesprekken over zelfdoding' en 'Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen', beide 1999.

49. Deze cijfers zijn bijgehouden door M. Cornelisse, die jarenlang als onderzoeker werkzaam was bij de Gemeente Amsterdam.
50. Van de twintig zelfdodingen die in dit onderzoek verzameld werden, zijn er negen begeleid door een medewerker van de NVVE. Bij zeven van de twaalf personen die in dit boek uitvoerig beschreven worden, speelden LOD-medewerkers van de NVVE een rol.
51. Brolsma e.a., *Begeleiding van mensen met een doodswens*, 1999.
52. Jan Hilarius, *Suicide Counseling. Jaarverslag 1999*, het eerste jaar waarover een jaarverslag werd samengesteld. Deze cijfers omvatten ook de noordelijke provincies.
53. In 2000 besloten een paar medewerkers van de noordelijke provincies zich apart te organiseren tot de stichting De Einder Noord, die nauw samenwerkt met de moederstichting. In het bestuur van De Einder Noord zitten drie sociologen, een verpleegkundige en een neerlandica.
54. De brochure van Brolsma e.a., *Begeleiding van mensen met een doodswens*, 1999, formuleert in hoofdstuk XII acht vereisten voor het begeleiden van mensen met een doodswens; bijvoorbeeld: 'Bereidheid mee te werken aan het bespreekbaar maken van doodsverlangen ter doorbreking van taboe en isolement' (p. 16).
55. Informatie en citaat afkomstig uit een brief van het bestuur van De Einder Noord, d.d. 7-7-2001, aan onderzoeker.
56. Informatie van A. Brolsma-Polling, voorzitter van De Einder.
57. Citaat uit brief van A. Brolsma-Polling aan onderzoeker, dd 8-7-2001.
58. Brolsma e.a., *Begeleiding van mensen met een doodswens*, 1999, p. 4.
59. Dit onderzoek verkent een wit gebied van de zelfdodingskaart, dat grenst aan het door Van der Maas en Van der Wal in kaart gebrachte terrein van doktershulp bij zelfdoding en euthanasie (*Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, 1996). Op een witte kaart is elke contour relevant die bij eerste empirische verkenning van dat gebied naar voren komt.
60. Trappenburg, 'De nieuwe wetsvoorstellen abortus en euthanasie', 2000.
61. Achter iedere categorie is slechts één voorbeeld uit dit onderzoek vermeld.
62. De Swaan, 'Het medisch regiem', 1982.
63. Voor de generatie die na 1970 is opgegroeid, is het niet goed voorstelbaar dat tot begin jaren zestig homoseksualiteit als een ziekte gold die ook 'behandelbaar' was mits de 'patiënt' 'goed gemotiveerd' was.
64. Koerselman, 'In dodelijke omhelzing?', 1995.
65. De informatie welke middelen doeltreffend zijn, leest de zelfdoder in *Het Schotse boekje* of hij hoort dit van een begeleider. In deze groep was er niemand die de informatie van zijn huisarts had gekregen.



66. Bij twijfel over een natuurlijke of onnatuurlijke doodsoorzaak behoort volgens de Wet op de Lijkbezorging altijd een lijkschouwer gewaar-schuwd te worden. Dat is hier niet gebeurd.

6/ KWANTITATIEVE ASPECTEN VAN ZELFDODING MET ZORG

67. NRC Handelsblad, 13-6-1995.
68. NRC Handelsblad, 27-6-1996.
69. Informatie NVVE.
70. *de Groene Amsterdammer*, 19-4-1995.
71. *de Volkskrant*, 29-1-2000.
72. J. Neeleman: 'Uit onderzoek blijkt dat het aantal suïcides stijgt als de middelen worden aangereikt', geciteerd in *de Volkskrant* van 29-1-2000; Thompson, 'The Internet and its potential influence on suicide', 1999. Zie ook: Dobson, 'Internet sites may encourage suicide', 1999.
73. Brunenberg e.a. bespreken het zogeheten 'Werther'-effect ('als er sprake is van suïcides naar aanleiding van berichten over suïcide of een specifiek suïcidegeval'), waarnaar veel onderzoek is gedaan, met tegenstrijdige resultaten (*Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, pp. 59-60). Voorzover er soms een effect gevonden wordt, zoals bijvoorbeeld door Marzuk e.a. (1993) is dit zeer kortstondig en is er geen effect waarneembaar op het totale aantal suïcides (Chabot, *Sterven op drift*, 1996, pp. 197-198).
74. In *Sterven op drift* wees ik erop dat de beschikbaarheid in ieder huis (tot 1963) van een 'humane' zelfdodingsmethode (het stadsgas), het percentage 'harde' suïcides niet verminderde. Wegnemen van die humane inslaapmethode (vanaf 1963) deed het aantal harde suïcides niet toenemen (p. 212). Het verband tussen de beschikbaarheid en het daadwerkelijke gebruik van een methode, is niet zo rechtlijnig.
75. De stijging bij deze methode ten opzichte van 1990, vond ruim voor 1996 plaats. Alcohol en drugs waren in 1996 en 1997 verantwoordelijk voor resp. 39 en 38 zelfdodingen.
76. Tussen 1970 en 1994 daalde het aandeel van het motief 'fysiek lijden' van 9% naar 5%, aldus het CBS, *Vijfentwintig jaar zelfdoding*, 1995, p. 61.
77. Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie*, 1996, p. 92.
78. Brunenberg e.a., *Doodsoorzaak: suïcide*, 1991, p. 18, die hiervoor verwijst naar Van Egmond en Diekstra, 'De voorspelbaarheid van suïcidale gedragingen', 1985.
79. Van Tol, *De Balanszelfdoding*, 1985.
80. Van Hooff, *Zelfdoding in de antieke wereld*, 1990.

7/ EEN SOCIOLOGISCH PERSPECTIEF OP ZELFDODING  
IN EIGEN KRING

81. Zie Dworkin, 'Assisted suicide: What the Court really said', 1997. De Amerikaanse historicus Kennedy, die onderzoek deed naar het Nederlandse euthanasiebeleid, noemt het gebrek aan belangstelling voor het morele verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding 'een van de intrigerende aspecten van het Nederlandse euthanasiedebat [...] omdat zelfbeschikking beter gewaarborgd lijkt als een individu zichzelf doodt'. Geciteerd in *Medisch Contact*, 13 juli 2001, p. 1055.
82. Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie*, 1996, p. 92.
83. Zie voor Vlaanderen in 1998: Deliëns e.a., 'End-of-life decisions in medical practice', 2000; voor Australië in 1995: Kuhse e.a., 'End-of-life decisions in Australian medical practice', 1997; voor Nederland Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie*, 1996. Er is vergelijkend onderzoek tussen verschillende Europese landen in voorbereiding.
84. Zie de cijfers van Haverkate e.a., 'Weigering van verzoeken om euthanasie', 2001, die dadelijk besproken worden.
85. De Swaan, 'Het medisch regiem', 1982.
86. Haverkate e.a., 'Weigering van verzoeken', 2001. Deze aantallen hebben betrekking op verzoeken aan alle artsen. Het aantal weigeringen door huisartsen lag lager dan bij klinisch specialisten en verpleeghuisartsen: huisartsen weigerden 56% van de uitdrukkelijke verzoeken op afzienbare termijn; klinisch specialisten 72% en verpleeghuisartsen 99% (p. 81). Hier worden slechts de weigeringen door huisartsen besproken. Haverkate geeft geen absolute aantallen weigeringen door huisartsen.
87. Bij 2% speelden andere redenen een rol, waarmee het totaal op 63% niet-uitgevoerde verzoeken komt.
88. Er zijn circa 7000 huisartsen die in 1995 ongeveer 2.700 keer euthanasie of hulp bij zelfdoding verrichtten; 12% van de 7000 doet dat nooit, om principiële redenen (Van der Wal e.a., *Euthanasie*, 1996, p. 51). Voor de overigen (ca. 6100) betekent dat gemiddeld minder dan één geval per twee jaar. Inmiddels zijn deze aantallen uit 1995 vermoedelijk gewijzigd.
89. De brievenrubriek van *Medisch Contact* toont een levendig forum van opinies en praktijkervaringen; daaruit wordt hier geput zonder de inzenders bij name te noemen.
90. W. van Oijen, geciteerd in *Medisch Contact*, 2 maart 2001, nr. 56, pp. 322-324.
91. Gerritsen, *De politieke economie van de roes*, 1993, pp. 114-121.
92. Ariès, *Het beeld van de dood*, 1987.
93. Het gaat hier steeds over personen die – met alle psychische kwetsuren die ieder mens met zich draagt – zich 'wilsbekwaam' tonen, dat wil

- zeggen in staat tot een afweging op grond van medische informatie en tot het maken van keuzes.
94. Van Berkestijn, 'Euthanasie', 2001: 'Het recht om over eigen leven en lot te beschikken is van een vrijheidsrecht tot een claimrecht aan het verworden.'
  95. Haverkate e.a., 'Weigering van verzoeken', 2001.
  96. Van der Wal e.a., *Euthanasie*, 1996.
  97. Van Overbeek, *Tussen wens en werkelijkheid*, 1996.
  98. Spreeuwenberg, 'De weigerende arts', 1998. Een uitzondering op deze consensus is verwoord door Van Dantzig, *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?* 1995.
  99. In dit onderzoek waren er onder de twintig gevallen zeven waarin de huisarts of de psychiater tevoren afwijzend had beslist over een uitdrukkelijk verzoek om hulp bij de zelfdoding.
  100. Dit proces begint volgens sommigen in 1973 met de uitspraak van de rechtbank Leeuwarden bij mevrouw Postma, van beroep arts, die op dringend verzoek van haar moeder haar een dodelijke injectie gaf. Volgens anderen begon dit proces rond 1981 met een uitspraak door de rechtbank Rotterdam, die als eerste expliciet zorgvuldigheidseisen formuleerde. Het meest gedetailleerde overzicht tot op heden biedt Griffiths e.a., *Euthanasia and Law*, 1998.
  101. *De Volkskrant*, 19-4-2001. Het gerechtshof te Den Haag oordeelde in 1994 dat aanwezigheid bij zelfdoding, als morele steun, geen strafbare hulp bij zelfdoding is (Arrest Mulder-Meiss, 1994).
  102. Aldus de psychiaters Van Ree en Koerselman in de t.v.-uitzending *Het zwarte schaap* op 16-2-2001.
  103. De huisarts Van Duijn ('Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Een casus', 1996) vormt de enige mij bekende uitzondering op deze regel.
  104. Groenewoud e.a. ('Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland', 1997) kwamen elf gevallen op het spoor van hulp bij zelfdoding in de psychiatrie. Zij schatten dat jaarlijks aan twee tot vijf psychiatrische patiënten hulp bij zelfdoding wordt verleend. Maar bij de helft daarvan bestond tevens een terminale somatische ziekte, die vermoedelijk bepalend was voor de inwilliging van het verzoek (tabel 4, p. 2247). Vandaar dat het aantal van twee gevallen per jaar een betere indicatie geeft van de jaarlijkse omvang van hulp bij zelfdoding bij uitsluitend psychiatrische ziekte. Slechts drie van de elf gevallen werden gemeld. Ook deze praktijk speelt zich deels ondergronds af.
  105. A. de Froe, geciteerd in De Swaan, 'Het medisch regiem', 1982, p. 208.



De Froes bondige uitspraak maakt duidelijk dat de discussie over 'ziekte' als grenscriterium voor medische bemoeienis bij zelfdoding (Trappenburg, 'De nieuwe wetsvoorstellen', 2000), weinig houvast zal opleveren. Hierboven gaf ik (paragraaf 5.2) argumenten die laten zien dat 'ziek' een elastisch begrip is, dat zonder probleem ook ouderen als Brongersma kan omvatten.

106. De Swaan, 'Het medisch regiem, I: Verzieking en verafhankelijking', 1982, p. 156.
107. De Swaan, 'Het medisch regiem, III: Uitbreiding en begrenzing van het medisch toezicht', 1982, p. 222.
108. Ibidem, p. 223.
109. Ibidem.
110. Vergelijkbare zaken kwamen voor de rechtbank Rotterdam in 1981 en voor het Hof Den Haag in 1994 (Arrest Mulder-Meiss, besproken in: Chabot, *Sterven op drift*, 1996, hfst. 11).
111. Cornelisse en Bobbe, 'Gesprekken over zelfdoding' en 'Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen', beide 1999.
112. Leenen, 'Levensbeëindiging zonder verzoek', 2001.
113. Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie*, 1996.
114. Dit is een scenario waarvoor de pressiegroep Stichting Vrijwillig Leven zich hard maakt. Ook de voorzitter van de NVVE, J. Kohnstam, denkt in Vrij Nederland, 26-5-2001, in deze richting: 'Het gaat om een door de overheid gesanctioneerde groep mensen die onder omstandigheden die we nog moeten formuleren, de pil mag verstrekken.'
115. Chabot, 'Het zelfgekozen overlijden van ouderen', 1998, pp. 257-264.
116. Mijn verslaglegging wijkt af van die van onderzoekers als Pool (*Vragen om te sterven*, 1996) en Thé (*Vanavond om acht uur...*, 1997), die het proces rond euthanasie-vragen in een Nederlands ziekenhuis onderzochten. In hun verslagen is de onderzoeker als 'participant observer' voortdurend nadrukkelijk aanwezig in zijn rol als interviewer van alle omstanders.

#### DOSSIER

117. Verslag op basis van een interview met de zuster en zwager die Anna tot haar dood verzorgden, en met de adviseur voor humane zelfdoding die haar in de laatste levensmaand frequent bezocht. De psychiater die haar kort voor haar dood zag, gaf mij brieven uit het psychiatrisch dossier ter inzage. Ook wordt geciteerd uit een logboek dat gedurende de laatste levensdagen werd bijgehouden door de thuiszorg.
118. Voor een psychiatrische opname onder dwang is vereist dat er een psychiatrische stoornis bestaat die gevaar oplevert.
119. Dit wijst op celafbraak door het dorsten; zonder drinken kan er toch veel donkere urine zijn.

120. Verslag op basis van interviews met de echtgenote en met de adviseur.
121. Verslag op basis van een interview met de dochter en schoonzoon en één met de adviseur. De schoonzoon maakte enkele dagen na haar dood voor zichzelf een uitvoerig verslag dat hier integraal wordt opgenomen.
122. Verslag op basis van afscheidsbrieven; een gesprek met een broer; de brieven van haar psychiatrische behandelaars in het laatste levensjaar; en het verslag door de adviseur dat elders is gepubliceerd (Hilarius, *De geur van abrikozenbloesem ontstegen*, 2001, pp. 124–128).
123. Verslag op basis van een gesprek met een broer en zuster, met de adviseur en met de huisarts. De huisarts gaf inzage in alle specialistenbrieven uit de laatste jaren voor haar dood.
124. Verslag op basis van een gesprek met zijn moeder en met zijn eerste geliefde, Dylan, met wie door de jaren heen een hechte vriendschap bleef bestaan. Tot slot wordt zijn afscheidsbrief integraal geciteerd. Bij deze zelfdoding was geen adviseur betrokken.

#### BIJLAGE I

125. Deze en volgende citaten zijn afkomstig uit stukken die mij door de directeur van het bureau van de NVVE ter inzage werden gegeven, met name uit: 'Achtergrondinformatie over de LOD', dd januari 2001; 'Aspirant Vrijwilligersovereenkomst LOD'; 'Vrijwilligersregeling' en 'Klachtenprocedure NVVE'.
126. Citaat uit 'Aanvullende richtlijnen bij het werk van de LOD m.b.t informatieverstrekking over zelfdoding', goedgekeurd in de bestuursvergadering, d.d. 7-1-1998.

# Literatuur

- Ariès, P., *Het beeld van de dood*. Nijmegen (SUN) 1987; oorspr. *Images de l'homme devant la mort*. Parijs (Seuil) 1983.
- Arrest Mulder-Meiss, Gerechtshof Den Haag 7 september 1994, in: *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht*, 1994, pp. 492–498.
- Berger, Peter L., en Thomas Luckmann, *The social construction of reality. A treatise in the sociology of knowledge*. Harmondsworth (Penguin) 1969; Ned. vert. *Sociologische bouwstenen. De sociale constructie van de realiteit*. Antwerpen enz. (De Nederlandsche Boekhandel) 1974.
- Berkestijn, TH.M.G. van, 'Euthanasie', in: *NRC Handelsblad*, 26-3-2001.
- Brolsma, A., M. van Dierendonck, J. Hilarius, *Begeleiding van mensen met een doodswens*. Castricum 1999<sup>6</sup> (niet in de handel).
- Brouwers, J., *De laatste deur. Essays over zelfmoord in de Nederlandstalige Letteren*. Amsterdam (De Arbeiderspers) 1983
- Brunenberg, W., S. Kruyt en P. Schnabel, *Doodsoorzaak: suicide. Een overzicht van onderzoek naar suïcidaal gedrag in de samenleving en in de GGZ*. Utrecht (NcGv) 1991.
- CBS, *Vijfentwintig jaar zelfdoding in statistieken 1970–1994*, Voorburg / Heerlen (Centraal Bureau voor de Statistiek) 1995.
- Chabot, B.E., *Zelf Beschikt*. Amsterdam (Balans) 1993.
- „ *Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht*. Nijmegen (SUN) 1996.
- „ 'Dokters en doodgaan', in: *Trouw*, katern Letter en Geest, 25-1-1997.
- „ 'Als mijn stam versterft', in: *Trouw*, Letter en Geest, 8-11-1997.
- „ 'Het zelfgekozen overlijden van ouderen en de rol van de arts: een toekomstverkenning', in: J. Legemaate en R.J.M. Dillmann (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. Houten / Diegem (Bohn Stafleu Van Loghum) 1998.
- „ 'De vraag om hulp bij zelfdoding', in: *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2000, nr. 42, pp. 759–766.
- „ 'Reactie op Tholen', in: *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2001, nr. 43, pp. 197–198.
- „ met K. Gill, 'Een onzekere doe-het-zelf methode', in: Chabot, *Sterven op drift*, 1996, pp. 190–207.
- Cornelisse, M., en D. Bobbe, 'Gesprekken over zelfdoding. Screening, gespreksmethodiek en therapeutische interventies bij mensen die wegens psychisch lijden steun bij zelfdoding zoeken', in: *MGv (Maandblad Geestelijke volksgezondheid)* 1999, nr. 54, pp. 11–29.



- Cornelisse, M., en D. Bobbe, 'Zelfdoding: verschillen tussen denken en doen', in: *MGv*, 1999, nr. 54, pp 30-42.
- Dantzig, A. van, *Is alles geoorloofd als God niet bestaat? Over geestelijke gezondheidszorg en maatschappij*. Amsterdam / Meppel (Boom) 1995.
- Deliens L., F. Mortier, J. Bilsen e.a, 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, 2000, nr. 356, pp. 1806-1811.
- Dobson, R., 'Internet sites may encourage suicide', *British Medical Journal* 1999, nr. 319, p. 377
- Docker, C.G., 'A guide to suicide guides', in: C. Smith, C.G. Docker, J. Hofsess, B. Dunn (eds.), *Beyond Final Exit*. Victoria, British Columbia (The Right to Die Society of Canada) 1995.
- Drion, H., 'Het zelfgewilde einde van oude mensen', in: *NRC Handelsblad*, 19-10-1991; opgenomen in: H. Drion, *Het zelfgewilde einde van oude mensen*. Amsterdam (Balans) 1992.
- „ 'De maakbaarheid van de dood', in: *Trouw*, 25-2-1995.
- Duijn, N.P. van, 'Hulpverlening voor wie dood wil of hulp bij zelfdoding? Een casus', in: *Huisarts en Wetenschap*, 1996, nr. 39, pp. 616-618.
- Durkheim, E., *Le suicide. Etude de sociologie*. Parijs (Alcan) 1897; (puf) 198910; Ned. vert. *De zelfdoding* (nr. 1 van *Tijdschrift voor sociologie*). Leuven (Acco) 1993.
- Dworkin, R., 'Assisted suicide: What the Court really said', in: *The New York Review*, 25-9-1997.
- Egmond, M. van, R.W.F. Diekstra, 'De voorspelbaarheid van suïcidale gedragingen: de resultaten van een meta-analyse van gepubliceerde studies', *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 27, 1985, pp 402-421.
- Gerritsen, J.W., *De politieke economie van de roes*. Amsterdam (Amsterdam University Press) 1993.
- Goffman, E., *De dramaturgie van het dagelijks leven. Schijn en werkelijkheid in sociale interacties*. Utrecht (Bijleveld) 1980; oorspr. *The Presentation of Self in Everyday life*. New York (Doubleday) 1959.
- Griffiths J., H. Weyers, A. Bood, *Euthanasia and Law in the Netherlands*. Amsterdam (Amsterdam University Press) 1998.
- Groenewoud, J.H., P.J. van der Maas, G. van der Wal e.a., 'Hulp bij zelfdoding in de psychiatrie in Nederland', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997, nr. 141, pp. 2244-2248.
- Haverkate, I., B.D. Onwuteaka-Philipsen, A. van der Heide e.a., 'Weigering van verzoeken om euthanasie en hulp bij zelfdoding', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 2001, nr. 145, pp. 80-84.
- Heide, A. van, M.T. Muller, J.G.C. Kester e.a., 'Frequentie van het afzien van (kunstmatige) toediening van voeding en vocht aan het levenseinde', in: *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1997, nr. 141, pp. 1918-1923.

- Hilarius, J., *De geur van abrikozenbloesem ontstegen. Kroniek van een suïcide counselor*. Castricum (uitgave in eigen beheer) 2001 (tweede druk).
- Hooff, A. van, *Zelfdoding in de antieke wereld*. Nijmegen (SUN) 1990.
- Humphrey, Derek, *Waardig sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding*. Amsterdam (Mets) 1992; oorspr. *Final exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*. Eugene, Oregon (The Hemlock Society) 1991.
- Kennedy, J., *Een weloverwogen dood*. Amsterdam (Uitgeverij Bert Bakker) 2001.
- Koerselman, G.F., 'In dodelijke omhelzing?', in: H. Achterhuis e.a., *Als de dood voor het leven. Over professionele hulp bij zelfmoord*. Amsterdam (Van Oorschot) 1995.
- Kuhse, H., P. Singer, P. Baume e.a., 'End-of-life decisions in Australian medical practice', in: *Medical Journal of Australia*. 1997, pp. 191-196.
- Leenen, H.J.J., 'Levensbeëindiging zonder verzoek', *Medisch Contact*, 2001, nr. 56, pp. 775-777.
- Marzuk, P.M., K. Tardiff, C.S. Hirsch e.a., 'Increase in suicide by asphyxiation in New York City after the publication of *Final Exit*', *The New England Journal of Medicine*, 1993, 329, pp. 1508-1510.
- NVVE, *Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding*. Amsterdam (Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie) 1996 (niet in de handel); oorspr. Chris G. Docker, Cheryl K. Smith e.a. *Departing Drugs*. Edinburgh (Vess) 1993.
- Nijhof, Gerhard, *Levensverhalen. De methode van autobiografisch onderzoek in de sociologie*. Amsterdam (Boom) 2000.
- Nooteboom, C., *Rituelen*. Amsterdam (De Arbeiderspers) 1980
- Ogden, R., *Euthanasia, Assisted Suicide and AIDS*. New Westminster, British Columbia (Peroglyphics Publishing) 1994.
- Overbeek, R. van, *Tussen wens en werkelijkheid. Een onderzoek naar het proces van omgaan met een verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding*. Amsterdam (NVVE) 1997.
- Pool, R., *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*. Rotterdam (WYT uitgeefgroep) 1996.
- Schnabel, P., 'Individualisering in wisselend perspectief', in: idem (red.), *Individualisering en sociale integratie*. Nijmegen (SUN) 1999, pp. 9-38.
- Spreeuwenberg, C., 'De weigerende arts', in: J. Legemaate en R.J.M. Dillmann (red.), *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. Houten/ Diegem (Bohn Stafleu Van Loghum) 1998.
- Swaan, A. de, 'Het medisch regiem, deel I, II en III' (1973), in: idem, *De mens is de mens een zorg. Opstellen 1971-1981*. Amsterdam (Meulenhoff) 1982.
- Thé, A.M., 'Vanavond om acht uur...' *Verpleegkundige dilemma's bij euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde*. Houten / Diegem (Bohn Stafleu Van Loghum) 1997.

- Tholen, A.J., 'Vaardigheden en zorgvuldigheid bij alternatieven voor hulp bij zelfdoding', in: *Nederlands Tijdschrift voor Psychiatrie*, 2001, nr. 42, pp. 767-772.
- Thompson, S., 'The Internet and its potential influence on suicide', *Psychiatric Bulletin*, 1999, nr 23, pp. 449-451.
- Tol, D. van, *De Balanszelfdoding*. Dissertatie Rijksuniversiteit Leiden, Zeist 1985.
- Trappenburg, M., 'De nieuwe wetsvoorstellen abortus en euthanasie', in: *Socialisme en democratie*, 2000, pp. 3-9.
- Wal, G. van der, en P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*. Den Haag (Sdu) 1996.
- Wouters, C., *Van minnen en sterven. Omgangsvormen rond seks en dood in de twintigste eeuw*. Amsterdam (Uitgeverij Bert Bakker) 1995.