

LEVENSBEËINDIGEND HANDELEN DOOR EEN ARTS OP VERZOEK VAN DE PATIËNT

ONDER REDACTIE VAN

mr. dr. J. Legemaate
dr. R.J.M. Dillmann

Bohn Stafleu Van Loghum
Houten/Antwerpen 2003

IS ER TOEKOMST VOOR DE PIL VAN DRION?

B.E. Chabot

Inleiding

Sinds de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding – hierna te noemen de WTL – door het parlement is aangenomen, is de discussie over de ‘pil van Drion’ opgeblaaid.¹ Deze uitdrukking dook in de pers op kort na een publicatie van de jurist H. Drion in 1991 en werd een staande uitdrukking in het euthanasiedebat. Aanvankelijk leek duidelijk welk voorstel met deze uitdrukking bedoeld werd. Dadelijk zal blijken dat de ‘pil van Drion’ inmiddels zoveel betekenissen heeft dat het een heldere discussie verlamt.

Dit hoofdstuk mondt uit in de ongebruikelijke conclusie dat verstrekking van de pil van Drion weinig of geen toekomst heeft. Ongebruikelijk, omdat die conclusie niet berust op ethische bezwaren dat de ‘pil’ geen toekomst behoort te krijgen. De intrigerende vraag wordt besproken hoe het toch komt dat voor allerlei ethische kwesties telkens weer een maatschappelijke oplossing wordt gezocht waarin de artsenstand een centrale positie krijgt toebedeeld. Artsen hebben die positie gekregen bij levensbeëindigend handelen. Dat zal een onverwacht obstakel blijken te vormen voor de niet-medische verstrekking van dodelijke middelen die de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) bepleit.

Aan het slot van dit hoofdstuk worden twee scenario’s geschetst voor de toekomstige rol van artsen bij het zelfgewilde levenseinde van oude mensen: enerzijds een minimale rol voor artsen, anderzijds een ruimere betrokkenheid daarbij. Het voorafgaande betoog maakt het waarschijnlijk dat artsen in de toekomst een minimale rol zullen spelen bij verstrekking van de ‘pil van Drion’. De prijs voor deze terughoudendheid zou kunnen zijn dat ouderen zich de dodelijke middelen clandestien gaan aanschaffen.

De pil van Drion: een containerbegrip

De openingszin van het artikel van H. Drion^[9] stelde het probleem zó dat het ogenschijnlijk goed oplosbaar lijkt:

‘Het lijkt me aan geen twijfel onderhevig dat veel oude mensen er een grote rust in zouden vinden als zij over een middel konden beschikken om op een aanvaardbare wijze uit het leven te stappen op het moment dat hun dat – gezien wat hen daarvan nog te wachten staat – passend voorkomt.’

Drion stelde dat een grote zorg van veel oude mensen is dat er voor hen een moment zal komen waarop zij in de meest elementaire zaken van het leven niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. Een extra aanbod van goede verzorging achtte hij essentieel, maar hij zag dit niet als antwoord op het probleem van diegenen die gespaard wensen te blijven voor een leven dat nog slechts met zorg van anderen gecontinueerd kan worden. Hij erkende dat de overheid er belang bij heeft suïcides te voorkomen, maar naar zijn mening gaat dit argument niet op voor oude mensen. Ouderen kunnen goed overzien welk resterend stuk leven in afhankelijkheid hun nog rest, zodat zij ook beter dan andere personen die nog niet hoogbejaard zijn in staat zijn om te beslissen of zij dit resterende stuk leven wel of niet willen meemaken. Met nadruk wees hij het zelfbeschikkingsrecht als fundament voor zijn voorstel af. Hij baseerde zich op een principiële vraag: 'Waaraan ontleent de Staat het recht om aan oude mensen die hun leven willen beëindigen [...] middelen tot een humane levensbeëindiging te onthouden?'^[10,11] Tot zover Drion zelf, die zich nooit uitsprak over de praktische uitwerking van zijn idee.

De uitdrukking 'pil van Drion' heeft zich in de jaren na 1991 als een olievlek uitgebreid tot een veelheid aan betekenissen die in de discussie door elkaar heen lopen. Velen zien de 'pil' als iets dat men in eigen beheer krijgt voor later, 'een pil op het nachtkastje', als een geruststellende 'doodsverzekering' voor als de nood ooit aan de man komt. Dit is de oorspronkelijke betekenis waarmee Drion de discussie opende. Realisering van dit voorstel zou leiden tot een ruime verspreiding van dodelijke pillen in de samenleving.

Velen oordelen deze verspreiding gevaarlijk en ongewenst. Vandaar de inperking van de 'pil van Drion' tot iets dat pas verstrekt behoort te worden als de doodswens aanwezig is, een 'pil' voor daadwerkelijk gebruik nú, als de afhankelijkheid een bepaalde, voor de persoon zelf onaanvaardbare grens overschrijdt. Sommigen willen daarbij verstrekking van 'de pil voor nu' beperken tot ouderen. Maar de beperking tot ouderen is door anderen aangevochten, omdat dit in strijd zou zijn met het gelijkheidsbeginsel en leeftijdsdiscriminatie zou betekenen.

Naast het gebruik door elkaar heen van de betekenis van 'pil van Drion' als een pil voor nu en een pil voor later, een pil voor ouderen en een pil voor iedereen, bestaat er onenigheid over de waarborgen waarmee verstrekking omgeven zou moeten worden. Drion zelf wees ieder 'doodsexamen' af: moet ik ook nog gaan bewijzen dat ik niet depressief ben? Vanuit het ideaal van autonomie van het individu wordt binnen de NVVE gepleit voor minimale waarborgen voor verstrekking: het verzoek van een 'wilsbekwaam' persoon is voldoende en een bedenktijd van één maand is voldoende.² Daartegenover staat de idee dat bij verstrekking van de 'pil van Drion' voldaan moet zijn aan alle geldende zorgvuldigheidseisen voor hulp bij zelfdoding door een arts. Daarenboven heeft De Hoge Raad in een recent arrest de voorwaarde 'ziekte' geïntroduceerd.

De uitdrukking 'pil van Drion' verlamt de discussie doordat er telkens weer andere voorwaarden voor verstrekking aan worden gekoppeld. De betekenis varieert inmiddels per auteur. Gemeenschappelijk is slechts dat iedereen uitgaat van een *verstrekking* van het dodelijke middel door een arts of door een bevoegde instantie.

Maar verstrekking is niet noodzakelijk. Uit onderzoek blijkt dat ouderen het dodelijke middel soms ook zelf verzamelen, al of niet met hulp van naasten. Zij nemen hun pillenvoorraad in zonder dat een arts daarbij aanwezig is, in aanwezigheid van naasten^[6]. Een zelfgekozen en humane dood onder ouderen, zoals bedoeld door Drion, bestaat dus al. Maar deze variant op de 'pil van Drion' wordt in het debat afgedaan als 'elitair'. Elitair, omdat hoger opgeleide personen met connecties makkelijker aan dodelijke pillen kunnen komen dan anderen. Het debat vindt blijkbaar plaats vanuit het democratisch-egalitaire uitgangspunt dat elke oudere die dat wenst, gelijke toegang moet krijgen tot een humaan dodelijk middel.

De diverse gebruikswijzen van de uitdrukking 'pil van Drion' hebben gemeen dat een dodelijk middel wordt verstrekt onder voorwaarden die per auteur variëren. In dit hoofdstuk wordt daarom de betekenis als volgt ingeperkt: de 'pil van Drion' is een dodelijk inslaapmiddel dat door een andere persoon onder nader te specificeren voorwaarden verstrekt zou mogen worden.

Met het gebruik in deze afgeslankte betekenis zou onduidelijkheid voorkomen kunnen worden omdat het dwingt tot explicitering van de voorwaarden waaronder de spreker verstrekking verantwoord acht.

Veilige verstrekking van dodelijke middelen

Behalve in sciencefiction bestaat er niet één 'pil' die een humane dood tot stand brengt; er zijn altijd meerdere (combinaties van) pillen in het spel. De pillen die pijnloos doden via een toestand van diepe slaap of coma zijn door beleid van de overheid ontoegankelijk gemaakt. Met name de milde en doeltreffende barbituraten vallen onder de Opiumwet en zijn bovendien bijna allemaal uit de handel genomen.³

Ter voorkoming van impulsieve zelfdodingen heeft Drion gepleit voor de samenstelling van een 'tweetraps-pil': het eerste middel is pas werkzaam als het tweede middel een aantal dagen later wordt ingenomen, zodat de persoon zich heeft kunnen bedenken. Onnodig te zeggen dat de farmaceutische industrie geen aanstalten maakt om een ander middel (naast barbituraten) te ontwikkelen dat de dood brengt via diepe slaap, tweetraps- of anderszins 'beveiligd'.

In de Angelsaksische wereld is door het absolute verbod op euthanasie en hulp bij zelfdoding een tegenstroom opgekomen van een aantal artsen en onderzoekers die tezamen dit verbod bestrijden. Zij hebben zich recent

verenigd in de groepering NuTech, die voor een humane dood middelen ontwikkelt die niet of lastig door de overheid zijn uit te bannen [2,24]. Daarbij hebben zij reeds een enkel succes geboekt in de vorm van humane zelfdoding met inerte gasen die vrij verkrijgbaar zijn. Een heikel punt hierbij is dat bij de uitvoering begeleiding door iemand die ervaring heeft met de methode onmisbaar is.⁴ Deze persoon loopt enig risico aangeklaagd te worden vanwege strafbare hulp bij zelfdoding, al is dat tot nu toe in de Verenigde Staten niet gebeurd.⁵ Nederlandse waarnemers volgen de toepassing van deze 'pil' in gasvorm op de voet. Maar vanwege de wtl, die doktershulp bij levensbeëindiging onder voorwaarden toelaat, is er hier (nog) geen behoefte aan het in praktijk brengen van de kennis die NuTech heeft verzameld. De opkomst van NuTech laat wel zien wat er kan gebeuren als een overheid een repressief beleid voert dat door grote groepen burgers niet gedragen wordt.

Pas tien jaar na Drions publicatie verscheen er voor het eerst een uitgewerkt voorstel van Blad en Bogert voor een veilige procedure om dodelijke middelen te verstrekken aan burgers^[3]. Realisering van deze procedure vooronderstelt wel een wijziging van het huidige art. 294 W.v.S. Vanwege de risico's van misbruik van dodelijke (inslaap)middelen hebben Blad en Bogert een procedure uitgewerkt die de bescherming van het recht op leven van andere burgers kan garanderen. Dat brengt onvermijdelijk juridisering van de zelfgekozen dood met zich mee. Maar wie hulp vraagt aan derden bij zelfdoding moet daarvoor 'de prijs betalen van enige juridisering'.

Blad en Bogert hebben hun procedure ontworpen voor situaties waarin een medische beoordeling niet aan de orde is. Zij menen dat bij medische problematiek een overstap naar de medische procedure volgens de wtl overwogen moet worden. Kort samengevat stellen zij de volgende procedurele vereisten voor waaraan een 'kandidaat-zelfdoder' moet voldoen:

1. deponering van het voornemen tot zelfdoding bij een advocaat of notaris gedurende een zekere minimumperiode; dit is van belang met het oog op de duurzaamheid van de doodswens.
2. een consultatiefase, die omvat:
 - een of meerdere gesprekken van de zelfdoder met (een) verkozen naaste(n);
 - begeleiding door een mentor-stervensbegeleider; deze heeft tevens een taak bij het voeren van gesprekken met de naaste(n);
 - een bedenkttermijn;
 - een rapportage van de mentor dat de stervenswens weloverwogen is. Weloverwogenheid impliceert dat betrokkene als wilsbekwaam beoordeeld wordt en dat hij of zij goed geïnformeerd is over alternatieven voor zelfdoding. Onduidelijk in dit voorstel is of de mentor in staat is deze informatie zelf te geven of dat hiervoor anderen (een arts?) dienen te worden ingeschakeld. De rapportage van de mentor legt tevens vast dat het verzoek niet onder invloed van socia-

le druk of een tijdelijke depressie staat. Doel hiervan is het buiten twijfel vaststellen van de vrijwilligheid en duurzaamheid van de zelfdodingswens;

3. De uitvoeringsfase vindt plaats met hulp van een arts, nadat zowel de advocaat of notaris bij wie de akte is gedeponeerd als de mentor hebben bevestigd dat aan het bovenstaande is voldaan. Wanneer aldus van beide kanten het licht op groen is gezet, verschaft een arts de dodelijke middelen zonder verder medisch onderzoek, want het is niet de bedoeling dat nu alsnog een 'medisch examen' wordt afgenomen. De arts blijft aanwezig tijdens de inname ervan en verricht eventueel 'aanvullende activiteiten om de zelfdoding te laten slagen'. Vermoedelijk wordt hier bedoeld op het incidenteel noodzakelijk euthanaserend handelen van de arts als de dood lang op zich laat wachten. De arts brengt verslag uit aan de advocaat of notaris.

Mocht de uitvoering niet doorgaan, dan gaan de zelfdodingsmiddelen met de arts terug naar de apotheek.

Tot slot merken Blad en Bogert op dat dit niet-medische regime voor hulp bij zelfdoding 'voor de artsen een enorme verlichting van de druk en verantwoordelijkheid zou kunnen betekenen die in de huidige euthanasieregeling op hen wordt gelegd.' Op de precieze betekenis hiervan kom ik zo dadelijk terug.

Losse zeden verdringen strenge zeden

Elders in dit boek (Legemaate, hoofdstuk 2) zijn de voorwaarden besproken waaraan artsen op dit moment moeten voldoen om straffeloos hulp bij zelfdoding te verlenen. Voor een goed begrip van de kritiek op het voorstel van Blad en Bogert is het van belang om het medische regime onder de WTL te vergelijken met de wijzigingen die zij introduceren voor hun niet-medisch regime voor hulp bij zelfdoding. Hun voorstel wijkt op ten minste vier punten af van de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn onder de WTL:

1. ondraaglijk en uitzichtloos lijden zijn niet vereist;
2. geen arts is vereist die informatie geeft (dit gebeurt door de mentor), noch een arts die als consulent optreedt;
3. de wilsbekwame persoon met een doodswens beslist: er is géén *gezaamenlijke* overtuiging van mentor en cliënt vereist dat er voor de situatie van de zelfdoder geen redelijke andere oplossing is;
4. toetsing na het overlijden is niet geregeld, of wordt niet nodig geacht. Deze niet-medische procedure kan weliswaar veilig zijn voor wat betreft de dodelijke middelen, maar het is duidelijk dat het een aanzienlijk lichtere procedure is dan hetgeen onder de WTL wordt gevraagd. Onlangs heeft de ethicus G. den Hartogh^[3] betoogd dat de twee hulpregimes voor zelfdoding – met of zonder doktershulp – zich gedragen als communicerende vaten.

Daarmee bedoelt hij dat de persoon met een doodswens die onder het medische regime niet krijgt wat hij wenst, dit zal proberen te krijgen via het lichtere niet-medische regime. Personen met een doodswens zullen vermoedelijk niet eens meer beginnen aan het medische traject maar zich gelijk wenden tot het niet-medische circuit. Eventuele medische aandoeningen die aan henzelf bekend zijn zullen zij verzwijgen of bagatelliseren om niet teruggestuurd te worden naar het 'medische euthanasie-examen'. Slechts bij ernstige terminale ziekten zal hun medische toestand zichtbaar zijn voor de mentor. Maar personen die niet zichtbaar ziek zijn zullen de doellijke middelen via de niet-medische weg kunnen verkrijgen, zonder enige toetsing vooraf of na het overlijden.

Ook veel artsen voelen zich belast door een uitdrukkelijk en herhaald verzoek om euthanasie of hulp bij zelfdoding buiten de terminale fase. Een belasting die ontstaat door de vele gesprekken, de consultatie, de administratieve zaken die horen bij de melding, maar vooral door de uitvoering: 'iemand doodmaken'. Daarom zullen artsen ertoe overgaan zich die zware weg te besparen door de persoon met een persisterende doodswens te verwijzen naar het niet-medisch circuit. Dat daaronder ook personen zullen zijn met een meer of minder ernstige ziekte hoeft de betreffende arts niet als een probleem te zien. Als hij de ziekte(n) van de persoon met een weloverwogen en duurzame doodswens toch niet kan genezen, waarom zou hij zich dan inspannen en het risico lopen op de kritiek die kan volgen op een toetsing achteraf, als er een andere route bestaat die niet uitmondt in een toetsing, of in een veel globalere toetsing?

Aldus zal van twee kanten, zowel van de zijde van de arts als van de persoon met een doodswens, het bestaan van een niet-medische procedure leiden tot een voorkeur voor de minder streng genormeerde procedure. De ontlasting voor artsen die Blad en Bogert verwachten bij uitvoering van hun voorstel zal inderdaad optreden omdat de beoordeling eenvoudiger is (ondraaglijk lijden noch consultatie door een arts zijn vereist) en een degelijke toetsing ontbreekt. Zoals water altijd stroomt naar het laagste punt, zo wenden personen met een doodswens zich bij voorkeur tot die procedure die de meeste kans van slagen biedt.

Men kan dit proberen te voorkomen door harde criteria te formuleren voor wie zich wel en wie zich niet mag aanmelden bij de niet-medische procedure. Bijvoorbeeld, de oudere die zich aanmeldt bij de niet-medische procedure moet 'gezonder' zijn. Bij het vaststellen of aan dat criterium voldaan is zullen medici onvermijdelijk een sleutelrol spelen. Want indien de niet-medische procedure bedoeld is als een alternatief voor een gang door het medische circuit, dan zal men personen met een mogelijk behandelbare medische aandoening willen uitschiften. Dat introduceert een nieuw 'medisch examen' bij de ingang van het niet-medische circuit. Dit is strijdig met de beoogde autonomie rond het levenseinde van waaruit de niet-medische procedure is bedacht.

Het leeftijdscriterium zou een andere voorwaarde kunnen zijn voor wie zich wel en wie zich niet mag aanmelden bij de niet-medische procedure. Bijvoorbeeld, wie tachtig jaar of ouder is mag zich aanmelden bij een procedure zoals door Blad en Bogert voorgesteld. Ook dan zullen artsen ouderen boven de tachtig met een doodswens die tevens lijden aan niet-dodelijke ziekten doorverwijzen naar het niet-medische circuit, om dezelfde redenen als hierboven genoemd. De met zorg door alle maatschappelijke partijen – KNMG, rechters, politici en zelfs de NVVE – opgebouwde medische route zoals uitgekristalliseerd in de WTL, zal door een onbekend aantal eveneens zieke ouderen spoedig vermeden worden omdat het een 'streng examen' inhoudt.

Dit dilemma speelt een rol bij ieder ander voorstel voor verstrekking van een dodelijk inslaapmiddel waarbij de gestelde voorwaarden lichter zijn dan de geldende zorgvuldigheidseisen. Naarmate men de lat voor het verkrijgen van dodelijke middelen lager legt zal de toestroom naar de niet-medische procedure groter worden. Dat geldt voor personen met somatische en met psychiatrische ziekten. Invoering van een leeftijdsgrens zal de toestroom van mensen boven die leeftijdsgrens die ziek zijn niet kunnen voorkomen.

Deze gang van zaken is bij allerlei morele kwesties bekend. De socioloog A. de Swaan^[28] heeft de integratie binnen Europa besproken van, bijvoorbeeld, opvattingen over abortus. In Ierland is abortus verboden maar veel Ierse vrouwen steken over naar Engeland waar zij zich kunnen laten aborteren. Daarmee neemt in Ierland de strenge morele veroordeling van abortus af. Het strenge anti-alcoholbeleid in Zweden en Finland is uitgehold sinds het vrij verkeer van personen het mogelijk maakt dat Zweden en Finnen hun voorraad inslaan in Denemarken.^[29] De Swaan herinnert in dit verband aan een oude waarheid: 'Losse zeden verdringen strenge zeden. Dat hebben pastoors, dominees en bovenmeesters altijd gezegd.' Zo zal ook rond levensbeëindiging het strenge medische toetsingsregime verdrongen worden door een 'lossere' niet-medische procedure, zodra die binnen onze landsgrenzen beschikbaar komt.

Op dit moment wil niemand dat. Ook de NVVE niet, die regelmatig benadrukt dat euthanasie en hulp bij zelfdoding door een arts de 'koninklijke weg' is.⁶ Dat introduceert een probleem wanneer de NVVE een niet-medische procedure voor de 'pil van Drion' wil invoeren. Want de niet-medische procedure zal de bestaande medische procedure uithollen. We zagen dat dit niet voorkomen kan worden door de toegang tot beide procedures van elkaar af te grenzen met behulp van het criterium ziekte of door een leeftijdsgrens.

De voordelen van een medisch regime

Hoe komt het toch dat voor allerlei morele kwesties telkens weer een maatschappelijke oplossing wordt gezocht waarin de artsenstand een centrale

de X.
Dat artsen niet goed raad weten met hun verantwoordelijkheid, blijkt uit de problemen met het aantal meldingen. Het percentage meldingen bedroeg in 2001 54% van de (geschatte) 3800 gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Levensbeëindiging zonder verzoek wordt in feite nooit gemeld^[33].

Voor de hand ligt het verwijt van de zijde van de overheid en de politiek dat artsen het in hen gestelde vertrouwen beschamen door externe consultatie en toetsing van hun levensbeëindigend handelen uit de weg te gaan. Toch valt nergens de suggestie te beluisteren dat artsen hun geprivilegieerde positie bij euthanasie en hulp bij zelfdoding moet worden ontnomen wanneer de meldingen onder een maatschappelijk aanvaardbaar percentage blijven. Geen groepering in Nederland wil – of kan – van de medische regie af.

In deze maatschappelijke context komt de NVVE voor het eerst in haar dertigjarige geschiedenis met een voorstel inzake een niet-medische procedure voor de verstrekking van een dodelijk inslaapmiddel aan ouderen. Doordat men in Nederland geen enkele ervaring heeft met een niet-medische route zijn de te verwachten consequenties van dit voorstel voor de wettelijk vastgelegde medische procedure nog niet doordacht. Wie eraan vasthoudt zal er duidelijk over dienen te zijn dat hij ook de uitholling van levensbeëindiging volgens de normen van de nieuwe wet voor lief neemt.

Een niet-medisch regime in Zwitserland

Geen enkele groepering in Nederland wil af van de medische regie over levensbeëindiging. Maar is er überhaupt een alternatief? Het enige land waar hulp bij zelfdoding wordt verleend via een openlijk erkende niet-medische procedure is Zwitserland. Hulp bij zelfdoding is daar niet strafbaar zolang de helper geen belang heeft bij het overlijden.¹¹ Hoewel precieze onderzoeksgegevens ontbreken, rijst uit de beschikbare gegevens het volgende beeld op.¹²

Zwitserse artsen verwijzen hun patiënten met een uitdrukkelijke doodswens naar de vereniging Exit, die vergelijkbaar is met de NVVE. Een medewerker van Exit bespreekt met de patiënt diens afweging om voor de dood te kiezen. Wanneer de medewerker hierom verzoekt, verstrekt de arts vaak een recept voor een dodelijke dosis barbituraten aan de Exit-medewerker. Indien een arts dit weigert, legt de organisatie Exit contact met een vertrouwensarts die bereid is het recept uit te schrijven. De medewerker houdt de pillen in beheer tot op de dag van het overlijden door zelfdoding. De medewerker blijft daarbij ook aanwezig, samen met een getuige. Hij of zij meldt de zelfdoding bij de lijkschouwer en Justitie^[12].

In 2002 vonden er bij de Duitse afdeling van Exit gesprekken plaats

met 240 cliënten. Daarvan ontvingen er 90 hulp bij zelfdoding en 30 overleden zonder deze hulp. De overige 120 aanvragen om hulp bij zelfdoding waren aan het eind van het jaar nog in behandeling.¹³

Deze procedure is niet alleen veilig voor wat betreft de dodelijke middelen maar ook voor de Exit-medewerker; zó veilig dat de vereniging Exit geen wetswijziging nastreeft.¹⁴ Want na het overlijden vindt slechts een procedurele toetsing plaats door Justitie: er moet een schriftelijk verzoek aanwezig zijn, maar er wordt niet inhoudelijk gekeken naar de ernst en de uitzichtloosheid van het lijden. Bij vrijwel alle gevallen is er een brief aanwezig van een medisch specialist die verklaart dat er een dodelijke ziekte bestaat die ongeneeslijk is. Toch krijgen onder deze procedure soms ook een oudere zonder dodelijke ziekte en iemand met ernstige invaliditeit op verzoek de dodelijke middelen.^[12]

Deze niet-medische procedure maakt levensbeëindigend handelen door artsen vaak overbodig, behalve in die gevallen dat iemand de middelen niet meer kan innemen. Er zijn geen gegevens over de frequentie van medische hulp bij zelfdoding.

Zwitserse artsen belijden een beroepsethiek waarbinnen euthanasie en hulp bij zelfdoding niet tot de taak van een arts behoren. Het voordeel voor hen van de bestaande situatie is dat zij, dankzij de hulp van leken, dit kunnen uitbesteden. Het is voor hen veel minder belastend om een recept voor een dodelijke dosis barbituraten uit te schrijven dan daadwerkelijk aanwezig te zijn en bijstand te verlenen bij een zelfdoding. Exit heeft de ervaring dat een zelfdoding met een overdosis barbituraten altijd slaagt wanneer adequate voorzorgen in acht worden genomen. De aanwezigheid van een arts is daarom ook niet noodzakelijk. Deze hulp op afstand van artsen, door het uitschrijven van een recept, is in Zwitserland niet in strijd met hun beroepsethos.

In Zwitserland lijkt geen concurrentie te bestaan tussen de niet-medische procedure die meestal gevolgd wordt en het onbekende aantal gevallen van medische hulp bij zelfdoding. De niet-medische route heeft hier min of meer een monopoliepositie verworven, zoals dat in Nederland met de medische procedure het geval is. Geen wonder dat de vereniging Exit geen wetswijziging nastreeft.

Ook de Zwitserse overheid heeft belang bij de positie van Exit omdat het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding controleerbaar is dankzij de meldingen door de Exit-medewerkers. De meldingen door deze niet-artsen lijken betrouwbaarder dan die door Nederlandse artsen. Dat valt ook te begrijpen, omdat de goede naam van Exit op het spel staat en het vertrouwen dat de vereniging bij Justitie verworven heeft.

Sinds kort is er in Zwitserland een nieuwe organisatie actief, *Dignitas* in Zürich, die openlijk hulp bij zelfdoding met behulp van barbituraten verschaft aan buitenlanders. De Zwitserse autoriteiten volgen deze ontwikkeling op de voet maar kunnen of willen (nog) niet ingrijpen. Tot nu toe gaat

het om kleine aantallen, per jaar enkele tientallen merendeels Duitse patiënten met een dodelijke ziekte die in eigen land geen hulp bij zelfdoding kunnen krijgen. Ook een enkele Nederlander heeft deze Zürich-route gevolgd. Wanneer deze mogelijkheid op ruimere schaal zal worden gebruikt ontstaat een situatie die vergelijkbaar is met de abortus die Ierse vrouwen in Engeland krijgen: dit verzwakt de absolute morele veroordeling van abortus in Ierland.^[19] Evenzo zal hulp bij zelfdoding aan ouderen als Brongersma, als die in Zwitserland geboden gaat worden, zijn weerslag hebben op de publieke opinie alhier en misschien ook op de opstelling van Nederlandse artsen. Voorlopig is het afwachten of deze uitwijkmogelijkheid voor humane zelfdoding naar Zwitserland een blijvende factor wordt in Europa.

De Zwitserse regulering van hulp bij zelfdoding voor de eigen burgers is leerzaam omdat zij een andere maatschappelijke oplossing toont voor het probleem van levensbeëindigend handelen op verzoek. Niet-medische hulp bij zelfdoding vindt openlijk plaats binnen de wet. Voorzover bekend vindt medische hulp bij zelfdoding minder vaak en in het verborgene plaats.

De niet-medische route in Zwitserland maakt medische hulp bij zelfdoding ogenschijnlijk overbodig. Het lijkt erop dat een medisch en een niet-medisch regime voor levensbeëindiging op verzoek elkaar uitsluiten. Er is althans geen land waar zij openlijk naast elkaar bestaan. Dat valt ook niet te verwachten, omdat de lichtere procedure de zwaardere zal verdringen.

'Ziekte' als nieuwe voorwaarde

Zou medische verstrekking van een dodelijk middel aan ouderen die levensmoe zijn de behoefte aan niet-medische verstrekking zoals bepleit door de NVVE kunnen verminderen? In principe kan dat, maar in de praktijk is medische verstrekking sinds het arrest van de Hoge Raad in de zaak-Brongersma minder waarschijnlijk geworden.^[1]

De 86-jarige Brongersma leed volgens zijn huisarts noch aan een somatische noch aan een psychiatrische ziekte. De geconsulteerde arts en een psychiater bevestigden dit oordeel. De huisarts beoordeelde het lijden van de heer Brongersma als ondraaglijk en uitzichtloos omdat Brongersma geen enkele zin meer kon geven aan zijn leven, iedere dag een opgave was voor hem en hij zijn leven als afgerond ervaarde. In de publieke discussie werd zijn toestand gekarakteriseerd als 'levensmoe', 'klaar met leven', of 'existentiële problematiek' zonder dat er sprake was van een medisch (somatisch of psychiatrisch) classificeerbare aandoening.

De Hoge Raad bevestigde het arrest van het hof Amsterdam dat de huisarts als medicus niet gekwalificeerd is om de ondraaglijkheid en uitzichtloosheid van het lijden te beoordelen wanneer er geen ziekte is. De arts dient zich volgens het hof Amsterdam te onthouden van een oordeel over het lijden aan het leven, daarvoor zijn andere deskundigen beter gekwalifi-

ceerd. Het hof liet in het vage welke deskundigen dat zijn en op grond van welke wetenschappelijke evidentie een huisarts, die in Nederland bevoegd is om integrale geneeskunde uit te oefenen, minder expertise dan andere deskundigen zou hebben inzake lijden uit andere bron dan ziekten.¹⁵

In zijn argumentatie verwees de Hoge Raad naar de eigen jurisprudentie¹⁶ en naar de antwoorden van de ministers van Justitie en vws op vragen over het wetsontwerp vanuit de Tweede Kamer: 'In dit wetsvoorstel is inderdaad geen plaats voor klaar-met-het-leven en levensmoeheid'.¹⁷ 'Over lijden dat voortvloeit uit een andere dan een medische context behoort niet door een arts te worden geoordeeld. Een dergelijk lijden gaat het terrein van de medicus te buiten.' Een ruime meerderheid van de Kamer (uitgezonderd D66 en GroenLinks) ging mee met het standpunt van de minister, dat nu ook door de Hoge Raad is ingenomen.¹⁸

'Ziekte' is met deze uitspraak een gloednieuwe aanvullende eis geworden voor gerechtvaardigd levensbeëindigend handelen door een arts, naast de zorgvuldigheidseisen die in de wet zijn vastgelegd. Het is voorlopig afwachten hoe artsen op dit arrest zullen reageren. De meest voor de hand liggende reactie is dat artsen in meerderheid afwijzend zullen beslissen op een verzoek om dodelijke middelen van een oudere die geen duidelijke (lees: ernstige) ziekte heeft. Die opstelling volgt niet logisch uit het arrest. Want op de eerste plaats is het onderscheid tussen wat ziekte is en wat niet, niet eenduidig.¹⁹ Veelvoorkomende ouderdomsgebreken (niet meer kunnen zien of lopen) berusten meestal op een echte ziekte (netvliesdegeneratie, respectievelijk artrose). Deze gebreken kunnen voor een individu met een bepaalde levensgeschiedenis ondraaglijk lijden betekenen, zo betoogde SCEN-arts Mensing van Charantel^[20] in een commentaar op het arrest. De jurist Schalken^[25] stelt: 'Onder levensmoeheid kunnen lichamelijke en geestelijke verschijnselen schuilgaan die mogelijk wel, ook in medisch opzicht, de wens tot een vervroegde dood zouden kunnen rechtvaardigen.'

Op de tweede plaats zouden artsen in de toekomst het advies van het hof Amsterdam aan Sutorius, de huisarts van Brongersma, ter harte kunnen nemen en 'zingevingsdeskundigen' in consult kunnen vragen. Sutorius had vermoedelijk met succes een beroep op noodtoestand kunnen doen indien ook een of twee van deze deskundigen het lijden als ondraaglijk en uitzichtloos hadden beoordeeld.

Het arrest van De Hoge Raad laat dus nog ruimte voor hulp bij zelfdoding aan ouderen zonder dodelijke ziekte. Enerzijds door de onduidelijke begrenzing van wat voor één bepaald individu als een ernstige ziekte mag gelden en wat niet. Anderzijds door de mogelijkheid zingevingsdeskundigen in te schakelen die het ondraaglijk en uitzichtloos lijden uit andere bron dan ziekte kunnen beoordelen. Aldus kan een huisarts de behoedzaamheid betrachten die de Hoge Raad Sutorius verweet te hebben nagelaten.

Voor huisartsen, die zich vaak reeds overvraagd of overbelast voelen,

maakt dit arrest het wel makkelijk om het verzoek om hulp bij zelfdoding van een oudere als Brongersma naast zich neer te leggen.

Opinieonderzoek

Hoe kijken Nederlanders aan tegen de rol van artsen bij het zelfgewilde levenseinde van ouderen? De politicologen Trappenburg en Holsteyn^[31] hebben hier onderzoek naar gedaan en daarbij met name gevraagd naar moeilijke grenssituaties. De vragen werden in 1995 en in 2001 gesteld aan een aselechte steekproef van 2500 Nederlanders (respons \pm 39%) in de vorm van vignetten waarin complexe situaties kort werden aangeduid. Twee vragen hebben direct betrekking op het door een arts verstrekken van een humaan dodelijk middel aan ouderen.

De eerste vraag informeert naar de attitude tegenover een dodelijke pil voor gebruik op enig *later* tijdstip. De vraag noemt de belangrijkste elementen uit het voorstel van Drion en vraagt of respondent het eens is met de stelling 'dit is een goed voorstel omdat oudere mensen het recht zouden moeten hebben om hun leven te beëindigen wanneer zij dat wensen'. In 2001 is 43% het oneens met de verstrekking van een doodspil voor later; 29% is het hiermee eens; 17% kiest voor 'weet niet' of geeft geen antwoord. Vergeleken met de antwoorden op dezelfde vraag in 1995 is er geen opmerkelijke verschuiving.

De tweede vraag, die in 2001 voor het eerst werd gesteld, schetst een situatie als die van Brongersma en een huisarts die niet goed weet wat hij zal doen als hem gevraagd wordt om een dodelijk middel om *nu* te gebruiken. Twee samenhangende stellingen werden voorgelegd aan respondenten: 'De arts behoort de dodelijke drank te geven omdat de heer X er dringend om heeft gevraagd.' Slechts 14% is het hiermee eens, 61% is het hiermee oneens, en 19% weet het nog niet of geeft geen antwoord. De tweede stelling luidde: 'De dokter behoort de dodelijke drank niet te geven omdat de heer X niet ziek is.' 66% is het hiermee eens, 18% oneens en 10% weet het niet.

Een oudere die op termijn een dodelijke pil wenst, kan blijkbaar rekenen op steun van ongeveer 3 op de 10 Nederlanders. Zodra het gaat over een dodelijk middel voor onmiddellijk gebruik, slinkt de steun hiervoor tot de helft (14% i.p.v. 29%). Als de dodelijke pil voor later wordt tot een pil voor nu, stijgt de afwijzing van 43% naar 61%, en tot 66% als de oudere met een doodswens niet ziek is.

Het NIPO heeft in april 2002 aan een panel van duizend burgers de vraag voorgelegd: 'Zou u via uw arts de beschikking willen hebben over een medicijn waarmee u zelfstandig uw leven kunt beëindigen op het moment dat u zich levensmoe zou voelen?' Hier wordt dus gevraagd naar de mening over verstrekking van een 'pil' voor gebruik op termijn, zónder leeftijdsgrens. Dit werd door 54% van de respondenten afgewezen, 35% antwoordde beves-

tigend en 11% koos voor 'weet niet/geen mening'. Dit resultaat is vergelijkbaar met het antwoord op de eerste vraag van Trappenburg en Holsteyn.

Van der Wal c.s. ondervroeg 1390 personen naar hun mening over de pil van Drion 'voor later': 45% was hier vóór, 35% er tegen, de overigen wisten het niet of waren neutraal^[33]. Deze percentages wijken af van die gevonden door het NIPO en ook van de resultaten van het nauwkeuriger onderzoek door Trappenburg^[31].

In opdracht van de NVVE heeft het NIPO in 2001 duizend panelleden bevraagd over de zaak-Brongersma. Van de respondenten vond 63% de handelwijze van de huisarts zorgvuldig en correct; 68% zou wensen dat een arts hen in die situatie op dezelfde manier zou bijstaan. Als het over een individuele oudere gaat, is er mogelijk meer steun voor het verstrekken van een dodelijk middel. Misschien vindt hulp bij levensbeëindiging wel steun in individuele schrijnende gevallen, ook bij een niet-zieke oudere.

Deze onderzoeken wijzen niet op een breed draagvlak voor een humaan dodelijk middel voor ouderen. Wel lijkt er in de Nederlandse bevolking een minderheid te zijn die het idee steunt van een dodelijk middel voor ouderen op hun dringend verzoek, ook als de oudere niet ziek is. Het is deze minderheid die van zich doet horen sinds de NVVE hiervoor actie voert.

Twee toekomstscenario's

In de vorige editie van deze bundel uit 1998^[4] heb ik twee toekomstscenario's geschetst. Deze verschilden van elkaar in de mate waarin artsen een rol spelen bij het zelfgekozen levenseinde van ouderen. Het gekozen tijdsperspectief was de situatie in 2010, wanneer de eerste mondige babyboomers de leeftijd van 65 jaar bereiken. Dezelfde scenario's lijken mij ook nu nog steeds van toepassing voor de situatie in 2010. Maar inmiddels, vijf jaar later, lijkt het tweede scenario minder waarschijnlijk.

Het eerste, meest aannemelijke scenario voorziet een ontwikkeling waarbij artsen in meerderheid hun rol bij het zelfgekozen levenseinde van ouderen zullen beperken tot ouderen met een dodelijke ziekte die in de laatste levensfase verkeren. Die inperking is op dit moment een feit, zo blijkt uit recent onderzoek^[33]: ongeveer 400 ouderen doen jaarlijks een uitdrukkelijk en herhaald verzoek om levensbeëindiging omdat zij 'klaar-met-leven' zijn. Dat verzoek wordt echter slechts 5 tot 15 keer per jaar door een arts ingewilligd. Dus na slechts 1 tot 3% van alle uitdrukkelijke verzoeken wordt een dodelijk middel overhandigd voor gebruik nú. Deze inperking is bekrachtigd door de recente bestraffing van huisarts Sutorius en zal worden versterkt doordat er geen breed maatschappelijk draagvlak is voor een dodelijk middel voor ouderen die 'levensmoe' zijn. De terughoudende opstelling van artsen zal alleen maar sterker worden naarmate oudere burgers een eisende toon aanslaan omdat zij menen *recht* te hebben op doktershulp bij waardig

sterven. Dat strijkt artsen tegen de haren in. Zij bewaken hun grenzen ook nu reeds door hun weigering om deze hulp te verlenen te motiveren met een beroep op de ontbrekende 'terminale fase'. Dat beroep is feitelijk onjuist, want die voorwaarde is door de KNMG, door rechters en de politiek altijd afgewezen. Dat neemt niet weg dat een geringe levensverwachting de altijd lastige beoordeling van het ondraaglijk lijden ogenschijnlijk vereenvoudigt.^[13] Volgens Den Hartogh gebruiken artsen een korte levensverwachting in feite als een aanvullende zorgvuldigheidseis voor gerechtvaardigde levensbeëindiging. Dat maakt het verzoek om hulp bij zelfdoding vrijwel kansloos in het geval dat de levensverwachting van een oudere met een of meer ernstige handicaps nog ruim lijkt.

In de ogen van de groep ouderen die zich verenigt in de NVVE maken deze artsen misbruik van hun macht over de medicijnkast. Hierboven is aangegeven waarom de kans klein lijkt dat er de komende jaren (politieke) steun wordt gevonden voor een niet-medische verstrekking van dodelijke middelen. Dat zal tot gevolg hebben dat een deel van deze mondige ouderen een nieuwe koers in zal slaan. Zij verschaffen zich toegang tot informatie over middelen voor humane zelfdoding, zoals die recent is verzameld door de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding (wozz).²⁰ Mits men goed geïnformeerd is, is het niet erg moeilijk om aan middelen te komen voor een humane dood. In allerlei landen vertoont de wetgeving op de verkoop van farmaca mazen die ruim genoeg zijn om een vakantiereisje te combineren met het hamsteren van een voorraad pillen voor het uur U.

Wie te oud of te stram is om nog te reizen, zal de hulp inroepen van 'Morpheus' koeriers', een geuzennaam voor 'jongere ouderen' die zonder winst oogmerk persoonlijk of via de post het dodelijke middel in de verzorgingsflat zullen afleveren. Chabot^[6] vond bij 31 gevallen van humane zelfdoding dat acht keer de middelen waren verkregen uit het buitenland, soms nabij (België), soms via een pakketje uit Zuid-Afrika. Deze 'zwarte markt' hoeft niet in handen te zijn van de onderwereld, die de reputatie heeft middelen van slechte kwaliteit aan te bieden. Ouderen moeten daar niets van hebben. Zowel recent gepensioneerden als personen die zelf het bewust gekozen einde van hun ouders hebben meegemaakt, zullen de rol van koerier op zich nemen. Deze handel verloopt aldus via een netwerk van individuen die gemotiveerd zijn om aan hun burgerlijke ongehoorzaamheid de code te verbinden dat zij doeltreffende waar leveren.

De generatie ouderen die eraan komt is groot geworden met het gebruik van roesmiddelen die eveneens langs illegale weg werden aangeschaft. De stap van een verboden roesmiddel naar een verboden dodelijk middel is dan erg klein. Het gebruik daarvan wordt beschouwd als iets dat behoort tot het privé-leven, tot de meest intieme ogenblikken in een mensenleven waarop eigen keuzes de doorslag mogen geven.

Zoals te verwachten valt gaat deze ontwikkeling nu en dan gepaard met dodelijke ongelukken (het middel zal in handen vallen van een depressieve

buurvrouw). Maar ouderen die bij hun huisarts op een onbespreekbaar 'neen' stuiten zijn tot veel bereid om een dodelijke cocktail te verkrijgen. Hoe strenger Justitie hiertegen optreedt, des te meer zullen ouderen hun inventiviteit aanwenden. Eerder werd het voorbeeld gegeven van de organisatie NuTech die in de Verenigde Staten, tegen het restrictieve overheidsbeleid in, een methode heeft ontwikkeld met een gas dat in cilinders vrij verkrijgbaar is en dat een milde dood bewerkstelligt, mits op speciale wijze toegepast. Daarnaast poogt NuTech door samenvoeging van vrij verkrijgbare chemische stoffen in een eenvoudig apparaat aan huis een dodelijk gas als koolmonoxide te produceren. Dergelijke methoden zouden de overheid vrijwel geen andere keus laten dan tot enigerlei vorm van gedogen over te gaan.

Dit betekent een polarisering tussen overheid en artsen enerzijds en een mondige minderheid van burgers anderzijds. In dit scenario zal de samenleving moeten leren omgaan met de laagdrempelige verkrijgbaarheid van dodelijke middelen, zoals de samenleving dat ook heeft geleerd met de gevaren van het autoverkeer.

Welke rol blijft er in dit scenario over voor de arts? Dat hangt ervan af of hij het vertrouwen van ouderen bij hun keuzes rond het levenseinde kan behouden. Er zijn huisartsen die aan een niet-zieke oudere met een uitdrukkelijke en weloverwogen doodswens de informatie verschaffen hoe hij of zij dit zelfstandig kan doen¹³⁶. Uit onderzoek is gebleken dat sommige huisartsen ook bereid zijn in kleine porties een dodelijk middel voor te schrijven¹⁶. De ervaring en de hoop van deze artsen is dat als iemand de eigen dood eenmaal onder controle heeft, hij of zij voor lange tijd ervan af zal zien om het middel te gebruiken.²¹

Aan artsen die veroordelend reageren op het voornemen van een oudere om een humane zelfdoding te realiseren, zal een oudere niet gauw vertellen dat hij een dodelijke cocktail in huis heeft. Daarmee is de kans verkleinen om in gesprek te komen over de motieven van de oudere om voor het einde te kiezen en om te onderzoeken of er ook nog andere oplossingen zijn. De angst dat de arts op het kritieke moment zal proberen tussenbeide te komen, staat dat gesprek in de weg. Als dit scenario onze toekomst wordt, zal de speelruimte van artsen om voor het leven te pleiten kleiner worden.

Het tweede, inmiddels minder waarschijnlijke, scenario gaat ervan uit dat de rol van de arts bij het zelfgekozen levenseinde van ouderen stap voor stap zal worden aanvaard. De ethische disputen zijn in 2010 de wereld niet uit, maar de verschillen van inzicht staan niet meer hoog op de politieke agenda. Zoals dat nu bij abortus niet meer het geval is. Er groeit geleidelijk een acceptatie, die zich zal uitstrekken over groepen hulpvragers die op dit moment veelal vergeefs een beroep doen op de arts: ouderen in een klaar-met-levenssituatie en ernstig chronisch zieken of gehandicapten voorzover zij wilsbekwaam zijn. Anderzijds zullen artsen ingeval van dementie nog steeds collectief afwijzend staan tegenover euthanasie, omdat er dan nooit

sprake is van een recent verzoek. Maar de vraag om euthanasie bij dementie zou kunnen afnemen wanneer het spontaan stoppen met eten en drinken door dementerenden zal worden geaccepteerd.^[29]

Wat zou kunnen bijdragen tot het ontstaan van een dergelijke consensus? Op de eerste plaats nieuwe testcases, waarbij de controlerende instanties consistent blijken te zijn op bestraffing, maar op bevordering van kwaliteit in de besluitvorming. Dit vereist dat de KNMG, de toetsingscommissies en de Geneeskundige Inspectie de eerder besproken ruimte expliciet maken die de Hoge Raad in het arrest Brongersma heeft opengelaten. Ten eerste door relativering van het ziektebegrip bij ouderen, bij wie vaak (niet dodelijke) ziekten bestaan, die voor het individu ondraaglijk lijden kunnen betekenen en daarmee levensbeëindigend handelen kunnen rechtvaardigen. Het inzicht zou bij toetsingscommissies en KNMG kunnen groeien dat zorgvuldig handelen niet synoniem is met betutteling van ouderen rond het levenseinde, maar veeleer met het aanbieden van leefbare alternatieven. Ten tweede kunnen andere deskundigen op het terrein van het verlichten van lijden aan het leven door de huisarts ingeschakeld worden, zoals het hof Amsterdam als eis stelde. Deze 'zingevingsdeskundigen' zullen soms net zo min als de arts een leefbaar alternatief kunnen aanbieden aan iemand in een situatie als Brongersma. Als een oudere dan toch duurzaam en in samenspraak met de naasten wenst te sterven, zou de arts het hoofd mogen buigen en hulp daarbij bieden. Een tolerant klimaat ten opzichte van medische verstrekking van de 'pil van Drion', zou een niet-medische procedure zoals door de NVVE voorgestaan, minder dringend maken.

Consensus zou op de tweede plaats bevorderd worden wanneer burgers meer begrip krijgen voor de belasting van hun arts door hulp bij zelfdoding. Zij kunnen hem soms ontlasten door het opstellen van een wilsverklaring en het benoemen van een vertegenwoordiger. Daarmee legt men vast welke behandelingen men weigert ingeval van toekomstige verminderde wilbekwaamheid, bijvoorbeeld door een hersenbloeding. Indien het opstellen ervan even gewoon zou worden als het opmaken van een testament, zou dit in veel situaties de vraag om levensbeëindigend handelen kunnen voorkomen, omdat met adequate palliatieve zorg het lijden dragelijk gemaakt kan worden zonder dat levensverlenging wordt bevorderd. Artsen van hun kant zouden kunnen leren – meer dan op dit moment – daadwerkelijk rekening te houden met de bedoelingen van een wilsverklaring. Dat vergroot het vertrouwen van ouderen dat hun wensen serieus genomen worden.

In dit scenario kan toekomstig onderzoek opleveren dat artsen bij ouderen in een klaar-met-levenssituatie lang niet alle uitdrukkelijke verzoeken hoeven in te willigen. Net zomin als dat op dit moment gebeurt bij dodelijk zieken die om euthanasie vragen. Het onderzoek in 1995 naar de meldingsprocedure bracht aan het licht dat slechts één op de drie uitdrukkelijke verzoeken wordt ingewilligd.^[32] Zo ook bij ouderen: de open bespreekbaarheid

van de doodswens maakt dat artsen hen vaak zullen kunnen overtuigen dat er andere oplossingen zijn voor hun problemen.

Als dit onze toekomst zou worden, zal er onder ouderen minder behoefte zijn aan een niet-medische route naar een zelfgewild levenseinde. De strijd zal afnemen over verstrekking van een dodelijk middel op verzoek aan ouderen die niet ziek zijn, doordat de samenleving dit overlaat aan artsen en zingevingdeskundigen tezamen.

Slot

In beide scenario's zal het jaarlijkse aantal zelfdodingen rond 2010 geleidelijk gaan stijgen. Of preciezer: de optelsom van suïcides (nu ± 1500) en doktershulp bij zelfdoding (in 2001 ± 300) zal stijgen. In het eerste scenario stijgt vooral het aantal zelfdodingen, in het tweede scenario vooral hulp bij zelfdoding.²² De toename van de som van beiden valt te verwachten indien de culturele acceptatie van het zelfgewilde levenseinde van oude mensen toeneemt. De waardering van deze toename zal zeer verschillen. Sommigen zien dit als het ultieme bewijs van ethisch verval. Anderen zullen het accepteren als de prijs die betaald moet worden wanneer de doodswens gerespecteerd wordt van hen die een overzienbare periode van onstuitbare aftakeling niet wensen te ondergaan.

Het eerste scenario voorziet in 2010 geen geregleerde verstrekking van dodelijke middelen aan ouderen, geen toekomst voor de 'pil van Drion' volgens een medische of een niet-medische procedure. Waarom niet?

De kans op *medische* verstrekking van de 'pil van Drion' lijkt klein omdat er in Nederland niet kan worden gesproken van een draagvlak voor een humaan dodelijk middel voor ouderen in een situatie als Brongersma. Bovendien heeft de zaak-Brongersma de indruk gewekt dat existentieel lijden van ouderen, dat niet is onderzocht en bevestigd door een zingevingdeskundige, geen grond kan zijn voor doktershulp bij zelfdoding, zolang er geen (duidelijke) ziekte aanwezig is. Alleen deze nieuwe eis van een 'ziekte' werd door de Hoge Raad onderstreepd.²³ Het wachten is op de positie die de KNMG zal innemen op basis van het rapport van de commissie-Dijkhuis. Vooralsnog is onduidelijk of de KNMG het mogelijk zal maken voor artsen als Sutorius om, in overeenstemming met hun geweten, openlijk en zorgvuldig te werk te gaan in overeenstemming met de suggesties van het hof Amsterdam.

Er is naar mijn inschatting ook weinig toekomst voor *niet-medische* verstrekking van de 'pil van Drion'. De onmisbare rol van artsen bij levensbeëindiging geldt in Nederland als vanzelfsprekend en onaantastbaar. Elk ander niet-medisch regime voor hulp bij zelfdoding aan ouderen, dat minder strenge eisen stelt, brengt de regulering van levensbeëindigend handelen door een arts in gevaar. Juist deze medische regulering is in Nederland met

brede steun van alle partijen opgebouwd.^[35] Elk voorstel dat een uitholling daarvan met zich mee zal brengen, zal op weinig steun kunnen rekenen.

Wanneer artsen zich in meerderheid distantiëren van Drions zelfgekozen levenseinde van ouderen, en wanneer ook een niet-medische verstrekking onhaalbaar blijkt, dan valt er maatschappelijk een polarisering te verwachten. In de Angelsaksische landen is die nu reeds actueel is. NuTech bindt daar de strijd aan met overheid en artsenuitvoeringsorganisaties die hulp bij zelfdoding zelfs aan terminale patiënten onthouden. Het is niet ondenkbaar dat in Nederland een vergelijkbare reactie zal plaatsvinden wanneer artsen in meerderheid weigeren om een dodelijk middel te verstrekken aan ouderen die nog niet lijden aan een dodelijke ziekte. Ouderen die de dodelijke middelen per se willen hebben, zijn dan aangewezen op hun eigen initiatief om ze tijdig te verzamelen, al of niet met assistentie van anderen. Dankzij goede informatie, blijkt deze weg niet zo moeilijk begaanbaar. Het eigen initiatief zou de plaats kunnen innemen van de geblokkeerde verstrekking van een dodelijke middel aan ouderen.

Justitie krijgt er in dat geval een probleem bij. Er zal enige handel ontstaan in dodelijke middelen, maar op veel kleinere schaal dan de handel in verboden roesmiddelen, omdat het aantal ouderen dat ze verzamelt, beperkt zal blijven. En ook omdat dit middel voor eenmalig gebruik is bestemd. Maar deze polariserende ontwikkeling is wel voor beide partijen in het debat over de 'pil van Drion' een gedeelde bron van zorg. Zorg, zowel voor allen die de 'pil' afwijzen alsook voor hen die vast willen houden aan niet-medische verstrekking van een dodelijk middel aan ouderen. Zal Drions droom verkeren in een buitenwettelijke nachtmerrie?

Literatuur

1. Arrest Brongersma: Hoge Raad 24 december 2002 NJ 2003, 167.
2. Battin MP. New Life in the Assisted-Death Debate. Scheduled Drugs vs Nu-Tech. In: Klijn A., Otłowski M en Trappenburg M (eds). *Regulating Physician-Negotiated Death. Recht der Werkelijkheid*, Journal of the Dutch Flemish Association for Socio-Legal Studies. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie b.v., 2001.
3. Blad JR en Bogert PC. Beschikbaarstelling van zelfdodingsmiddelen. Kan Drion's wens veilig vervuld worden?. In: *Delikt en Delinkwent* 2002: 32; 446-472.
4. Chabot BE. Het zelfgekozen overlijden van ouderen en de rol van de arts: een toekomstverkenning. In: Legemaate J en Dillmann RJM (red). *Levensbeëindigend handelen door een arts: tussen norm en praktijk*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
5. Chabot BE. *Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring*, Nijmegen: SUN 2001.
6. Chabot BE. Zich doden in eigen kring. Een beschrijvend onderzoek. In: *Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie*, Adams M, Griffiths J en Hartogh G. den (eds). Kampen: Kok, 2003.

7. Dam H van en Peters M. Vluchtroute Zürich. *Relevant* 2002, 28, nr. 3, 4-8.
8. Dantzig A van. Hulp bij zelfdoding en conflict van plichten. In: Dantzig A van. *Is alles geoorloofd als God niet bestaat?* Amsterdam/Meppel: Boom 1995.
9. Drion H. Het zelfgewilde einde van oude mensen. In: *NRC Handelsblad* 19.10.1991, opgenomen in: Drion H. *Het zelfgewilde einde van oude mensen*, Amsterdam: Balans, 1992.
10. Drion H. Zelfdoding bij oude mensen: een speciale problematiek? In: *Reken-schap* 1994, nr. 4, 215-216.
11. Drion H. De maakbaarheid van de dood. *Trouw* 25.2.1995.
12. Fricker G. *Aus Freiem Willen. Der Tod als Erlösung. Erfahrungen einer Frei-todbegleiterin*, Zürich: Oesch Verlag AG, 1999.
13. Hartogh G den. Regulering van euthanasie en hulp bij suicide: hoe succesvol is het Nederlandse model? *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2002, nr 4, 232-250.
14. Hurst AS en Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allo-wing a role for non-physicians. *British Medical Journal* 2003; 326; 271-273.
15. Klijn A. Will Doctors' Behaviour Be More Accountable Under The New Dutch Regime? Reporting and Consultation as Forms of Legal Control. In: Klijn A., Otlowski M en Trappenburg M (eds). *Regulating Physician-Negotiated Death. Recht der Werkelijkheid*, Journal of the Dutch Flemish Association for Socio-Legal Studies. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie b.v., 2001.
16. KNMG. Discussienota Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame pa-tiënten. Deel III Ernstig demente patiënten. Utrecht, april 1993.
17. KNMG. Open brief aan de ministers van vws en Justitie dd 16-01-2003 (mede namens een aantal andere organisaties).
18. Koerselman GF. In dodelijke omhelzing? In: Achterhuis H. *Als de dood voor het leven*, Amsterdam: Van Oorscot, 1995.
19. Kurzer P. *Markets and Moral Regulation. Cultural Change in the European Union*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
20. Mensing van Charante N. Hoge Raad geeft artsen geen duidelijkheid. *NRC Handelsblad* 30.12.2002.
21. NVP Hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis. Richtlijnen voor de psychiater. Utrecht, 1998.
22. NVVA Medische zorg met beleid. Handreiking voor de besluitvorming over verpleeggeneeskundig handelen bij dementerende patiënten. Utrecht, 1997.
23. Dam H van en Peters M. Vluchtroute Zürich. *Relevant* 2002, 28, nr. 3, 4-8.
24. Ogden R. *Euthanasia, Asisted Suicide and AIDS*. New Westminster, British Columbia: Peroglyphics Publishing, 1994.
25. Schalken T. Noot bij arrest Brongersma. *NJ* 2003, 167.
26. Stichting wozz. *Informatie over humane zelfdoding*. Delft: Stichting Weten-schappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding, 2003. (niet in de handel; bestellen: www.wozz.nl)
27. Swaan A de. Het medisch regime deel I, II en III. In: Swaan A de. *De mens is de mens een zorg*. Opstellen 1971-1981, Amsterdam: Meulenhof, 1982.
28. Swaan A de. *Europees Beleid Zonder Europese Politiek*. Morele, culturele en sociale zaken in de Europese Unie. Amsterdam: SISWO lezing 10.1.2003.
29. The A-M, Pasmaan R, Onwuteaka-Philipsen B. et al. Withholding the artificial administration of fluids and food from elderly patients with dementia: ethno-graphic study. *British Medical Journal* 2002; 325: 1326-13.
30. Tholen AJ. Levensbeëindiging en psychisch lijden. In: *Medisch Contact* 2003; 58; 64-65.
31. Trappenburg M en Holsteyn J van. The Quest for Limits. Law and Public Opi-nion on Euthanasia in the Netherlands. In: Klijn A., Otlowski M en Trappen-burg M (eds). *Regulating Physician-Negotiated Death. Recht der Werkelijk-*

- heid, Journal of the Dutch Flemish Association for Socio-Legal Studies. Den Haag: Elsevier bedrijfsinformatie b.v., 2001.
32. Wal G van der en Maas PJ van der. Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. Den Haag: Sdu, 1996.
 33. Wal G van der, Heide A van der, Orwuteaka-Philipsen BD, Maas PJ van der. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. Utrecht, De Tijdstroom, 2003.
 34. Wet van 12 april 2001, houdende toetsing van levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en wijziging van het Wetboek van Strafrecht en van de Wet op de Lijkbezorging (Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding). Den Haag: Stb. 2001, 194.
 35. Weijers H. Euthanasie. Het proces van rechtsverandering. Dissertatie Faculteit Rechtsgeleerdheid Rijksuniversiteit Groningen, 2002.
 36. Wibaut FP. Zelfgewild levenseinde: Hulp aan oude mensen bij een waardige dood. Medisch Contact 2002;57;1108-1110.

Noten

1. Ook over andere onderwerpen rondom euthanasie blijft er na de WTD-discussie: over de achterblijvende meldingen^[15]; over de kwaliteit van palliatieve zorg en de invloed daarvan op het aantal gevallen van euthanasie^[33]; en ten derde over de melding van levensbeëindiging zonder verzoek, met name binnen de psychiatrie^[17,30]. De aandacht voor de ‘pil van Drion’ overtrof deze onderwerpen in het afgelopen jaar ruim-schoots.
2. NVVE, Relevant 29, 2003(1), p. 11.
3. Zie *Informatie over humane zelfdoding*^[26]. Dit boekje is uitsluitend verkrijgbaar voor artsen en voor hulpverleners met ervaring bij de begeleiding van mensen met een doodswens.
4. De dodelijke handelingen worden door de persoon zelf uitgevoerd, vaak met assistentie bij de voorbereidingen van naasten. De begeleider geeft aanwijzingen en morele steun.
5. Vergelijk in Nederland de rechtzaak tegen humanistisch raadsman W. Muns, een consulent van Stichting De Einder Noord, die samen met anderen begeleiding verleende bij de zelfdoding van een 83-jarige vrouw met een hersentumor.
6. Zo bijvoorbeeld R. Jonquiere in het Haarlems Dagblad d.d. 30 augustus 2002.
7. Het medisch regiem I: verzieking en verafhankelijking, p. 156^[27]; ik citeer hieronder ook vrijelijk uit p. 220-224.
8. De KNMG heeft de commissie-Dijkhuis ingesteld om een standpunt voor te bereiden over de grenzen van het medisch domein, zoals door de zaak-Brongersma aan de orde gesteld.
9. De verpleeghuisartsen hebben levensbeëindiging bij dementie afgewezen, ook bij aanwezigheid van een vooraf opgestelde schriftelijke wilsverklaring die om euthanasie verzoekt^[22]. Ook de KNMG-CAL-commissie^[16] was hierin terughoudend.
10. Over hulp bij zelfdoding in de psychiatrie is na het behoedzaamheidsarrest van de Hoge Raad (1994) onder meer discussie gevoerd tussen de psychiaters Koerselman^[18] en Van Dantzig^[8]. Hulp bij zelfdoding aan een psychiatrische patiënt zonder enige somatische aandoening blijft buitengewoon zeldzaam: minder dan 1 op de 100 uitdrukkelijke en herhaalde verzoeken in de psychiatrie wordt ingewilligd^[32]. Hoewel het – met grote behoedzaamheid – mag^[21], gebeurt het in feite vrijwel nooit.

11. Fricker^[12] p. 134: 'Die Beihilfe zum Suizid [beruht] auf geltendem schweizerischem Recht und [ist] völlig legal. Dabei stützt man sich auf den Art. 115 des schweizerischen Strafgesetzbuches. In diesem Artikel ist die Beihilfe zum Selbstmord als straflos erklärt worden, wenn auch in einer verklausulierten Weise: *Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen jemanden zum Selbstmord verleitet oder ihm dazu Hilfe leistet, wird, wenn der Selbstmord ausgeführt oder versucht wurde, mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder mit Gefängnis bestraft*'.^[12]
12. Over de Zwitserse situatie zie Van Dam, Fricker en Hurst^[7,12,14]. Door P. Admiraal van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek naar Zorgvuldige Zelfdoding is er informatie verzameld bij bestuursleden van de Duitse en de Franse tak van Exit, die de hulp bij zelfdoding in eigen land organiseren. Deze is verwerkt in onderstaande schets.
13. Hurst^[14] citeert een woordvoerder van de Franse tak van Exit, die spreekt over 1800 verzoeken per jaar waarvan er ongeveer 300 worden ingewilligd (0,45% van alle sterfgevallen). Volgens mw. E. Baezner van de Duitse afdeling van Exit zijn deze aantallen onwaarschijnlijk hoog.
14. Mondelinge mededeling door mw. E. Baezner, bestuurslid van Exit, september 2002.
15. Zie ook de kritiek van SCEN-arts Mensing van Charante^[20] op het arrest.
16. Den Hartogh^[13] betwijfelt de 'medische context' van de zaak-Chabot die de Hoge Raad achteraf daarbij aangeeft. Die interpretatie 'lijkt me in strijd met de innerlijke logica die de HR (in 1994) volgt: ondraaglijk lijden is ondraaglijk lijden, ongeacht de oorzaak en het is niet de oorzaak maar de lijdensdruk die euthanasie of hulp bij suïcide rechtvaardigt.'
17. Minister van Justitie Korthals, Handelingen II 23.II.2000, TK 27-2254.
18. De Hoge Raad veroordeelde de huisarts van Brongersma in belangrijke mate op grond van politieke uitspraken die hij niet kon weten toen hij hulp bij zelfdoding verleende.
19. Ook Schalken^[25] twijfelt 'hoe duidelijk de grens is die de Hoge Raad met het 'classificeerbare' ziektebegrip heeft aangebracht.'
20. De onafhankelijke Stichting wozz heeft in 2003 een handleiding uitgebracht: Informatie over humane zelfdoding. Deze is uitsluitend verkrijgbaar voor artsen, voor hulpverleners met ervaring bij de begeleiding van mensen met een doodswens en voor onderzoekers op dit terrein.^[26]
21. Chabot^[6] vond bij 9 uit 31 gevallen van humane zelfdoding dat een arts het dodelijke middel in kleine porties had voorgeschreven terwijl hij op de hoogte was van het voornemen tot zelfdoding. Ouderen die niet ernstig ziek zijn, willen hun arts vaak niet belasten met de uitvoering van hulp bij zelfdoding. Wanneer zij precies weten hoe zij doeltreffend de eigen dood kunnen realiseren, zijn ouderen meermalen bereid zelf de verantwoording voor de uitvoering ervan te nemen. De aanwezigheid van dierbaren daarbij kan een grote steun zijn.
22. Althans voorzover dat gemeld wordt. Want hulp bij zelfdoding die niet gemeld wordt zal geregistreerd worden als suïcide.
23. De advocaat generaal bij de Hoge Raad, mr. N. Keizer, bepleitte ambtshalve vernietiging van het arrest van het hof Amsterdam, uitsluitend 'voor wat betreft het oordeel dat het bewezen verklaarde feit strafbaar is', en verzocht cassatie aan het hof te 's-Gravenhage. Dat zou de maatschappelijke discussie, die nog maar nauwelijks begonnen is, enig respijt hebben gegeven. De zaak-Brongersma raakte immers direct vervlochten met de strijd over de WtL omdat de uitspraak van de rechtbank Haarlem samenviel met het Kamerdebat over de politiek zo gevoelige nieuwe wet. Deze samenloop van publiciteit heeft de publieke meningsvorming over de 'pil van Drion' er niet helderder op gemaakt, omdat artsen zelf nog niet de kans hadden gekregen zich hierover een mening te vormen.

RELEVANTE WETGEVING

A. De artikelen 293 en 294 Wetboek van Strafrecht

Artikel 293

1. Hij die opzettelijk het leven van een ander op diens uitdrukkelijk en ernstig verlangen beëindigt, wordt gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste twaalf jaren of geldboete van de vijfde categorie.
2. Het in het eerste lid bedoelde feit is niet strafbaar, indien het is begaan door een arts die daarbij voldoet aan de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in artikel 2 van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding en hiervan mededeling doet aan de gemeentelijke lijkschouwer overeenkomstig artikel 7, tweede lid, van de Wet op de lijkbezorging.

Artikel 294

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