

Hulp bij bepaalde vormen van zelfdoding

door D. van Tol

Inleiding

Ter inleiding beschrijf ik u drie patiënten, die mijn hulp zochten omdat ze hun leven wilden beëindigen.

Patiënte A, een nog jonge vrouw, belde mij op en deelde mij op zakelijke toon haar besluit mede. Ze was langere tijd bij een psychiater in individuele gesprekstherapie geweest, had vervolgens deelgenomen aan een counselgroep en was ten slotte acht maanden opgenomen geweest in een psychiatrisch centrum. Men kon haar niet helpen en nu had ze 'er geen zin meer in'. In een dagblad las ze een artikel van een psycholoog die pleitte voor het recht van de mens om over eigen leven en dood te beschikken. Ze nam contact met hem op en vroeg hem om tabletten waarmee ze een einde aan haar leven zou kunnen maken. De psycholoog, wettelijk niet bij machte om haar verzoek te honoreren, wendde zich tot een zenuwarts. Deze was echter niet bereid een recept af te geven ten behoeve van een hem niet bekende patiënt. Daarop verwees de psycholoog patiënte naar mij. Ook ik maakte haar duidelijk dat ik niet zo maar als leverancier kon optreden van de door haar verlangde middelen en bood haar aan met mij te komen praten, maar daar wilde ze niets van weten. Omdat ze de indruk maakte in nood te verkeren, stelde ik een aantal vragen. Hierdoor bleek dat ze op de hoogte was van de werkzaamheid van het slaapmiddel Vesparax en van de hoeveelheid tabletten die ze zou moeten innemen om haar doel te bereiken. Ook vertelde ze dat haar huisarts stellig bereid zou zijn haar dit slaapmiddel voor te schrijven zodat ze binnen enkele weken het vereiste aantal tabletten bij elkaar zou kunnen sparen. Op mijn vraag waarom ze mij dan nog opbelde, was haar antwoord: 'Het stuit mij tegen de borst mijn huisarts voor dat fait accompli te stellen'. Volledigheidshalve vermeld ik nog het verloop voor zover mij dat bekend is. Patiënte verscheen niet op het uur dat ik haar genoemd had. In plaats daarvan belde ze de psycholoog op en uitte haar boosheid over mijn weigering om aan haar plan mee te wer-

ken. De psycholoog had vervolgens twee gesprekken met haar, waarna ze meldde dat ze afzag van haar voornemen om haar leven te beëindigen(!).

Patiënte B is een vrouw van achter in de zestig. Ze belde mij anderhalf jaar geleden op en zei: 'Ik wil graag een afspraak met u maken, want ik beschouw mijzelf als kandidate voor een balanszelfmoord'. Als ze komt zegt ze: 'Ik ben volstrekt probleemloos door het leven gegaan'. Deze samenvatting van haar gevoelens blijkt in schrille tegenstelling te staan tot haar bewogen leven. Haar ouders zijn in de oorlog in een concentratiekamp vermoord. Zelf nam ze deel aan het verzet, maar werd gepakt en overgebracht naar het kamp Westerbork, waar ze een relatie aanging met een Duits lotgenoot. Uit deze verhouding werd in december 1945 een zoon geboren. Patiënte volgde de man niet toen hij na de oorlog naar Duitsland terugkeerde – waar hij later trouwde. Patiënte werd – ze was rijksambtenaar – volledig afgekeurd wegens een sedert het verblijf in het kamp bestaande temporale epilepsie. Ze voedde het kind – in wie ze steeds meer negatieve trekken van het karakter van de vader ging zien – alleen op en gaf haar leven verdere inhoud door voor mensen in een minderheidspositie (doorgaans met veel succes) in de bres te springen. Mannen die haar gezelschap zochten heeft ze steeds doelbewust afgeschrikt. Patiënte voelt zich buitengesloten door haar zoon, die hoogstens eens in de twee maanden iets van zich laat horen en tijdens zijn vakanties een ansichtkaartje stuurt met twee nietszeggende regels erop. Hij bezoekt haar op haar verjaardag, maar wil niet dat zij op de zijne komt. Ruzie hebben moeder en zoon nimmer gehad. Patiënte is in een vacuüm geraakt nadat de specialist die haar jarenlang voor haar ziekte behandelde en door wie zij zich goed begrepen voelde, twee jaar geleden zijn werk moest neerleggen. Zij meldde zich bij Centrum '45 in Oegstgeest, maar staakte na enkele bezoeken de poliklinische behandeling, omdat ze 'ervoor paste om de hele dag tussen mensen te zitten die alleen maar over KZ-kampen praatten'.

Als ze mij opbelt vertoont ze een *taedium vitae*. De zoon wil ze het liefst nooit meer zien. Patiënte is niet boos, huilen doet ze nooit. Het verdriet over de oorlog, over de harteloze zoon, over haar levensloop, is zo groot dat ze het niet durft te beleven. Na een paar maanden waarin ze mij wekelijks bezoekt en wij veel spreken over haar teleurstellingen ('Ik vind het leven zo wreed geworden'), meldt patiënte dat 'men' vindt dat ze er veel beter uitziet dan voorheen. Met een man die ze – zakelijk – reeds enkele jaren kent, ontstaat een vriendschap zoals ze niet eerder beleefde. Haar wens om de zoon nimmer meer te zien heeft ze opgeschort. Het gevoel alleen maar dood te willen is doorbroken. Patiënte bezoekt mij thans nog eens in de zes weken. Het is moeilijk voor haar om minder eisend te zijn in de relatie met haar zoon en ze heeft nog vaak de neiging het contact met hem – en ook de verhouding met haar vriend – kapot te maken. Toch beleeft ze haar leven weer als zinvol en weet er veel bevrediging uit te putten.

Patiënte C werd naar mij verwezen door de huisarts. Ze is in de zeventig en verloor vier maanden tevoren haar man na een onverwacht ziekbed van slechts enkele dagen. Ze waren dertien jaar gelukkig getrouwd geweest. Met het heengaan van de partner verdween tevens de zin van haar leven. Patiënte was altijd weinig zelfstandig; de man regelde alles voor haar. Uit een vorig huwelijk heeft patiënte één dochter; de overleden echtgenoot had een, eveneens volwassen, zoon. Met beiden heeft patiënte een goed contact; verder leefde en leeft ze erg geïsoleerd. Patiënte heeft sedert haar man haar ontviel de wens te sterven. Ze eet nauwelijks en weegt geen 45 kg meer. De huisarts schreef haar anti-depressiva voor, maar ze is niet gemotiveerd deze in te nemen. Wel gebruikt patiënte slaapmiddelen, al sedert ze in de oorlog enige jaren in Japanse gevangenschap doorbracht. Ondanks in de loop van een serie gesprekken ondernomen pogingen het rouwproces te stimuleren, wil de gedachte aan de dood haar niet verlaten. Ze toont mij een flesje met 24 tabletten Vesparax, overgehouden aan het ziekbed van haar eerste man. De tabletten vertonen geen verkleuring. Aan haar dochter en stiefzoon heeft ze gevraagd erbij te willen zijn als ze daarmee zal inslapen. Beiden hebben toegestemd. De dochter belt mij op om dit te bevestigen: ook al vindt ze het vreselijk, ze kan zich de wens van haar moeder goed indenken en het is haar overtuiging dat ze deze moet eerbiedigen. Patiënte regelt haar nalatenschap tot in de finesses, legt brieven klaar voor haar advocaat en voor de politie, waarin ze verklaart dat ze een einde aan haar leven wil maken, met vermelding van datum en uur waarop ze de tabletten zal innemen. Als tijdstip heeft ze de donderdagavond gekozen. Aan de burens deelt ze mede dat ze voor een lang weekend de stad uit zal zijn.

Op zaterdagmiddag belt de dochter mij op en meldt dat alles is gegaan zoals haar moeder had aangekondigd, maar dat ze nog in leven is, hoewel in coma. Ik adviseer haar nog een dag te wachten en toets mijn advies aan de inzichten van een collega-zenuwarts. Op zondagavond zie ik – in een keurig opgeruimd huis – een wasbleke, goedverzorgde vrouw, die ondanks het feit dat ze onder de dekens ligt in een verwarmde kamer, steenkoud aanvoelt. De pols is matig krachtig en regulair. Auscultatie verschaft geen nadere bijzonderheden. Reflexen zijn afwezig. Er zijn geen reacties op pijnprikkels. In de lade van het nachtkastje bevindt zich het flesje, met nog 3 tabletten erin. Patiënte heeft er dus 21 ingenomen.

Ik bespreek het verloop met een anaesthesist, die op dit terrein bijzondere ervaring bezit. De maximale overlevingsduur na het innemen van 20 of meer tabletten Vesparax hem bekend, is drie etmalen. Wij overwegen onder meer dat patiënte nog geen 45 kg weegt, anderzijds dat zij sedert tientallen jaren barbituraten heeft gebruikt. Wij menen dat patiënte spoedig zal overlijden. De volgende morgen belt de dochter op en meldt dat haar moeder nog in leven is, weliswaar snorkend ademhalend, maar weer met kleur op de wangen. Dochter en stiefzoon zijn erg van streek door het langdurige verloop en zijn ook beangst dat de burens – nu het maandag

is geworden – nieuwsgierig zullen aanbellen. Ze dringen er met klem op aan dat ik een injectie zal geven waardoor de dood zal intreden.

Patiënte blijkt in ongeveer dezelfde toestand te verkeren als de dag ervoor. Alleen vertoont ze nu lichte reacties op pijnprikkels en voelt ze warm aan. Temperatuur en kleur ontleent ze vermoedelijk aan een aspiratiepneumonie. In overleg met de huisarts, die patiënte zeer goed kent, en met nog een collega-anaesthesist, besluiten we (het ad hoc gevormde 'team' bestaat nu uit twee zenuwartsen, twee anaesthesisten en de huisarts) te termineren. Curare intraveneus doet de ademhaling nog tijdens het injiceren tot stilstand komen. Hartstilstand volgt enige minuten later.

Van oudsher is bij problemen in het grensgebied van leven en dood de hulp ingeroepen van de arts. Archiatros, opperste helper, bij de Grieken aanvankelijk van goddelijke oorsprong (Asklepios), soms God-de-vader zelfs, later halfgod, held, niet alleen heler en verzachter van lichamelijke pijnen, van ziekten en verminkingen, maar ook priester, heiland, verlosser van de ziel en ten slotte, sedert Hippocrates, beschermmer van het leven in uitgebreide zin. Ten aanzien van de zelfverkozen dood is de houding van de arts steeds in belangrijke mate meebepaald door ontwikkelingen op kerkelijk en strafrechtelijk gebied. In onze streken werd de zelfdoding of poging daartoe, vooral op gezag van de kerkvader Augustinus in het begin van de vijfde eeuw, beschouwd als zonde waaraan al spoedig – ook door de niet-kerkelijke overheden – sancties werden verbonden. In bepaalde gevallen gold het vrijwillig zoeken van de dood als uiting van geestesziekte.

Met het in de loop van de achttiende eeuw geleidelijk verdwijnen van penale maatregelen, kwam de zelfdoding meer en meer op het terrein van de medicus te liggen, waarbij het – geheel volgens de Hippocratische traditie – diens rol werd ervoor te zorgen dat de betrokkene bleef leven.

In de laatste jaren is twijfel ontstaan aan de juistheid van de algemene gedachte om iedereen die het leven wil verlaten, als patiënt te beschouwen en, zo nodig door middel van een gedwongen ziekenhuisopname, de zelfdodingspoging te voorkomen (Giel en Bloemsma, 1977). Sommigen gaan nog een stap verder en menen zelfs dat de arts zijn patiënt op diens verzoek zou moeten helpen bij zijn poging een einde aan zijn leven te maken. De meeste medici hebben moeite met deze gedachtengang. Te gedogen dat 'zijn patiënt' zich van het leven berooft, strookt niet met wat eeuwenlang als richtsnoer heeft gegolden voor alle medisch denken en handelen. Dat de arts bovendien de helpende hand zou uitsteken door zijn patiënt bij te staan in het doen slagen van zijn zelfdodingspoging, is niet slechts in strijd met de medische traditie en ethiek, maar bovendien met artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht, dat luidt: 'Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daartoe verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met gevangenisstraf van

ten hoogste drie jaren'.

Wordt hierdoor begrijpelijk dat in medische publikaties hulp bij zelfdoding tot op heden niet of nauwelijks ter discussie is gesteld, een feit is dat over deze materie in toenemende mate wordt gedacht en dat de medicus practicus er meer en meer bij betrokken raakt. Dit proces hangt samen met de ontwikkeling van ons denken over euthanasie, in een stroomversnelling geraakt niet het minst door het rechterlijk vonnis in de zaak Postma in het begin van 1973, waarbij een arts, wegens het (door toedienen van een dodelijke dosis morfine) opzettelijk bekorten van het stervensproces van haar moeder, werd veroordeeld tot een week voorwaardelijke gevangenisstraf met een proeftijd van een jaar. Inmiddels is de belangstelling voor het vraagstuk van de euthanasie in brede kring sterk toegenomen; een groot aantal publikaties vanuit verschillende disciplines getuigt hiervan. Bovendien zijn op particulier initiatief organisaties gesticht met als doel de maatschappelijke aanvaarding van de euthanasie te bevorderen, terwijl de meeste grote politieke partijen ad hoc studiegcommissies hebben ingesteld, waarvan een eerste rapport (CDA, 1979) reeds is verschenen.

Ten aanzien van het raakvlak met de zelfdoding gaan de ontwikkelingen minder snel. Het is nog maar kort geleden dat ik de aandacht kon vestigen op de in verhandelingen over zelfdoding, resp. over euthanasie, krampachtig overeind gehouden scheiding tussen deze beide onderwerpen, terwijl de verwevenheid ervan zo voor de hand ligt (Van Tol, 1971, 1975a, 1977). Ook de officiële Nederlandse artsenorganisatie, de KNMG, is (nog?) van mening dat de discussie over euthanasie zich ten onrechte ook uitstrekt over zelfdoding. Dit blijkt uit de voorlopige stellingname van het hoofdbestuur (1973) en uit de in aansluiting daarop aan de leden rondgezonden discussienota (1975). De hierop ontvangen reacties uit de afdelingen onderschrijven het standpunt van het hoofdbestuur (1977).

Dat in medische kring intussen wel over problemen in het grensgebied van euthanasie en zelfdoding, en over het geven van hulp bij een door de betrokkene gewenste levensbeëindiging wordt nagedacht, blijkt uit diverse publikaties (Van Tol, 1975b, 301, 302; Van Eck, Knol-Schoonhoven en Van de Lande, 1976, 761; Muntendam, 1977, 258; Stolk, 1977, 209-229; Van Dijk, 1977, 14, 15; Rasker, 1978b, 25, 26).

Euthanasie

Door de samenhang van ons onderwerp met euthanasie, valt niet te ontkomen aan het bespreken van een aantal begrippen. Hierbij vormt een bijzonder probleem dat over de inhoud van deze begrippen allerm minst eenstemmigheid bestaat. Niet slechts is een begripsbepaling afhankelijk van de door een bepaalde discipline gekozen invalshoek, ook binnen één vak bestaan beduidende verschillen van opvatting, terwijl bovendien ten aanzien van sommige definities gedurende de laatste jaren een inhoudelijke evolutie waar-

neembaar is. De verwarring wordt nog vergroot doordat de te bespreken onderwerpen veelal niet of onvolledig worden afgebakend. Onvoldoende wordt gesteld of er op een bepaald ogenblik sprake is van euthanasie in ruimere of in engere zin, of gesproken wordt over 'de' zelfdoding of over een zeer bepaalde vorm daarvan. Wordt de probleemstelling gezien van de betrokkene, vanuit de arts of een andere hulpverlener, vanuit de maatschappij als geheel, vanuit de overheid of vanuit de directe omgeving van de betrokkene? Is de medicus aan het woord of de jurist, de ethicus of de socioloog? Gaat het om theoretische of om praktische overwegingen, om een principiële, een pragmatische of een strategische benaderingswijze?

Aangezien van belang is of en in hoever deze naast elkaar bestaande realiteiten in dit stadium van ons denken over deze materie zinvol met elkaar te verbinden zijn, wil ik trachten een beknopt overzicht te geven van de gangbare terminologie.

Bij de meeste schrijvers is de tendens waarneembaar om aan het begrip euthanasie een bijzondere betekenis te verlenen, met name door aan het oorspronkelijke begrip 'zachte (of goede) dood' de voorwaarde te verbinden dat deze door een ander wordt veroorzaakt. Zo definieert Muntendam (1978, 1641) euthanasie als 'datgene wat kan dienen om iemand een goede dood te *doen* sterven'; Leenen (1977, 80) verstaat onder euthanasie 'een opzettelijk levensverkortend handelen (inclusief nalaten) door een ander dan de betrokkene op diens verzoek' (cursivering van mij). Sporken (1978) zegt, dat uit het oorspronkelijke begrip de betekenissen zijn afgeleid van 'een goede dood sterven' en 'helpen een goede dood te sterven', en dat de ontwikkeling uiteindelijk heeft geleid tot 'helpen een goede dood te sterven door opzettelijke verkorting van het stervensproces'.

Baseert men zich wat betreft de huidige betekenis in ons spraakgebruik op de laatste druk van Van Dale (1976), dan leest men bij euthanasie: 1. zachte dood, sterven zonder veel lijden; 2. toepassing van middelen om de doodstrijd te verlichten; (ook) een einde maken aan ongeneeslijk, ondraaglijk lijden door doen of laten'. Van belang in deze verklarende tekst is, dat euthanasie niet wordt beperkt tot een zachte dood door de hulp van een ander, maar dat de verschillende gangbare interpretaties naast elkaar zijn weergegeven. Eenstemmigheid over deze definiëring is intussen van groot belang omdat daaraan niet alleen medische, maar ook juridische consequenties zijn verbonden. Van Till (1972, 174, 176, 185), die zich daar in het bijzonder in heeft verdiept, verstaat onder euthanasie in ruimere zin 'diverse verschillende levensverkortende gedragingen (doen of laten)', maar beperkt zich, in verband met de juridische beoordeling van de strafbaarheid van het gedrag, tot euthanasie in engere zin, die zij definieert als een 'levensverkortende opzettelijke medische gedragingen om in het belang van een ongeneeslijk zieke en (subjectief) ondraaglijk lijdende patiënt een aanvaarde, zachte dood mogelijk te maken of althans het lijden te verkorten; dit gebeurt met medeweten en instemming van de patiënt;

euthanasie moet door een arts worden toegepast'. Door deze plaatsing van euthanasie c.s. in een medisch kader, ontstaat er minder kans op botsing met de ethische norm van de beschermwaardigheid van het leven, en met de rechtsnorm op dit punt. De begrenzing levert de mogelijkheid om concrete regels te stellen en toe te zien op de naleving daarvan. Euthanasie is, schrijft Van Till (1972, 176, 181) 'van de vroegere betekenis "het zichzelf een goede of passende dood bezorgen, omdat men daar *zelf* behoefte aan had" (soms wegens ziekte, soms wegens politieke of andere moeilijkheden) verruimd tot "het zichzelf of *een ander* een goede dood bezorgen, omdat *wij* daar behoefte aan hebben"!'

In Duitsland publiceerden lang voor Hitler aan de macht kwam Binding en Hoche hun boek over *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (1920). Hoewel dit geschrift bij velen reacties van afschuw wekte, vergelijkbaar met die in ons land op Van den Berg's *Medische macht en medische ethiek* (1969), was het wetenschappelijk gefundeerd en gebaseerd op ethische overtuiging. Hoe deze principes verwerden tot het zogenaamd 'Erlas', de beschikking waarbij Hitler het doden van ongeneeslijk zieken regelde, lezen we in het proefschrift van Menges (1972). Uit deze studie wordt duidelijk dat het begrip euthanasie hier op grote schaal werd misbruikt omdat niet het belang van de betrokkene prevaleerde, maar racistische, politieke en economische doelen werden gediend. Juist omdat in dit verband afwijzing van het woord euthanasie direct aansluit bij ons gevoel (dat bij de afweging van dit soort zaken een zo belangrijke rol speelt), kan men zich met zorg afvragen of het wel gewenst is om in de definitie van euthanasie de voorwaarde op te nemen, dat deze door een ander dan de betrokkene wordt toegepast. Naast het door Van Till gesignaleerde gevaar bestaat bovendien de kans dat een kunstmatige en ongewenste barrière wordt opgeworpen tussen euthanasie en een bepaalde vorm van zelfdoding die in wezen niet van elkaar zijn af te grenzen. In de paragraaf over zelfdoding zal ik dieper hierop ingaan.

Wat betreft de plaatsing van euthanasie in een medisch kader rijst de vraag of euthanasie in feite een medisch probleem is, of dat er – uit hierboven opgesomde praktische overwegingen – medici bij *betrokken* worden. Een nadeel van het bezien van euthanasie als een bij uitstek medische aangelegenheid is naar ik meen, dat hierdoor aan euthanasie de medewerking van een arts wordt verbonden en dat de betrokkene dus ook altijd een patiënt, dus ziek, moet zijn en, last but not least, nog in de – geheel en al met lichamelijk lijden geassocieerde – stervensfase moet verkeren.

Actief-passief; direct-indirect

De Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie heeft in haar rapport van de Commissie Wetgeving (1978a) de definities van de Gezondheidsraad (1973) geamendeerd. Ten aanzien van de passieve euthanasie is slechts sprake van een aanscherpen van de bestaande formulering; de definitie van actieve euthanasie evenwel is gesplitst in actieve directe en actieve indirecte euthanasie.

Bezien we eerst het verschil tussen *passieve en actieve euthanasie*, dan valt hierover in de eerste plaats op te merken, dat het onderscheid blijkbaar niet voor iedereen in het oog springend is. Rood (1975, 330-331) bijvoorbeeld ziet hier geen principieel verschil in benadering, ook al tracht hij te kijken met de ogen van de medicus. Ook wat betreft het effect voor de betrokkene lijkt er nauwelijks onderscheid te bestaan: indien een patiënt in een terminaal stadium van carcinoom de dood wenst, zal het hem om het even zijn of zijn arts hem met een adequate dosering pijnstillende middelen aan een intercurrente longontsteking (door het geven van antibiotica achterwege te laten) laat overlijden, dan wel aan een hogere dosering morfine zonder pneumonie. Het gaat de belanghebbende erom dat de dood snel en met zo min mogelijk lijden intreedt.

Het verschil passief-actief ontleent zijn bestaansgronden allereerst aan de belangen van de omgeving: van de jurist die wil weten of het hier om een natuurlijke dan wel om een onnatuurlijke dood gaat, van de arts die zich geplaatst ziet tegenover de eisen van zijn patiënt, van de maatschappij, van het strafrecht en van zijn eigen geweten. Op dit soort onderling afwijkende invalshoeken wijst ook Rasker (1978b, 18): Niemand zal de verschillen ontkennen die kunnen bestaan in zekerheid en in tempo (voor arts en betrokkene), in emotionele verwerking (vooral voor de familie en voor de arts) en zoals de zaken thans staan, in afdwingbaarheid (de betrokkene kan passieve euthanasie eisen, om actieve kan hij slechts vragen). Minder aanvaardbaar is het nieuw ingevoerde onderscheid tussen *directe en indirecte actieve euthanasie*, dat voornamelijk gecreëerd lijkt om aan de gewetensnood van de arts tegemoet te komen. Het rapport van de Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie (1978a, 10) omschrijft actieve indirecte euthanasie als een opzettelijk toedienen aan een ander persoon (een patiënt) van middelen, met het oogmerk diens lijden te verzachten in diens belang, terwijl degene die de middelen toedient weet dat de toegepaste middelen het leven van de betrokkene bekorten, of dat de reële mogelijkheid bestaat dat zij het leven van de betrokkene zullen bekorten. Actieve directe euthanasie noemt men het opzettelijk levensbeëindigend handelen ten opzichte van een ander persoon (een patiënt) in diens belang, om diens lijden te beëindigen.

Het hier geopperde verschil lijkt weinig reëel. Als 'het oogmerk om lijden te verzachten' aanspraak zou mogen maken op het begrip euthanasie, dan zou alle medisch handelen waarbij de arts weet dat dit het leven van de betrokkene zou kunnen bekorten (palliatieve operaties, cytostatica), hiertoe moeten worden gerekend. Het begrip indirecte actieve euthanasie verleent aan het handelen van de arts – door de hier ingevoerde onzekerheid ten aanzien van verloop en effect – het karakter van een godsoordeel en ontslaat hem ten dele (schijnbaar) van het dragen van de verantwoordelijkheid tot doden, zoals dat bij (directe) actieve euthanasie het geval is.

Het is denkbaar dat bij de indicatiestelling 'actieve euthanasie' op grond van bepaalde overwegingen wordt gekozen voor een meer

geleidelijke methode, maar het werkt verwarrend om voor ieder subtiel verschil in toepassing, terwijl dit voor een principiële besluitvorming niet of nauwelijks van betekenis is, nieuwe termen in omloop te brengen. Men besluit wel of niet tot actieve euthanasie, maar niet tot een beetje.

Vrijwillig of onvrijwillig

Ervan uitgaand dat met 'vrijwillig' in dit verband wordt bedoeld op de betrokkene en niet op de hulpverlener, en steunend op de observatie dat 'leven' de sterke neiging vertoont tot voortgang, zelfs tegen de verdrukking in, zou in geval van beëindiging daarvan alleen dan gesproken mogen worden van vrijwillige euthanasie, wanneer de wens daartoe kort tevoren is kenbaar gemaakt, zonder dwang, op niet-impulsieve en ondubbelzinnige wijze, en gebonden aan duidelijk omschreven omstandigheden.

Het is duidelijk dat ten aanzien van pasgeborenen het begrip 'vrijwillig' niet gehanteerd kan worden. Ook in de geriatrie, als de betrokkene zijn wens niet nauwkeurig mondeling of schriftelijk heeft geformuleerd, kan bij beëindiging van dit leven – ook al geschiedt het in het belang van de betrokkene – niet worden gesproken van vrijwillige euthanasie. Men zou daarom moeten onderscheiden tussen gevraagd en ongevraagd, dat wil zeggen tussen degene die wel of die geen levenstestament (in welke vorm ook) heeft gemaakt of heeft kunnen maken. De eerste categorie geeft definitoirisch geen problemen. De tweede moet evenwel nader worden gepreciseerd, bij voorbeeld als 'ongevraagd gewild'. Met 'gewild' wordt dan bedoeld 'in de geest van, in het belang van' en het is duidelijk dat de discussie hieromtrent niet terstond zal verstommen. 'Ongevraagd ongewild' staat niet alleen juridisch, maar ook moreel gelijk aan moord. De 'euthanasie' in de zin van het 'Erlass' in Het Derde Rijk moet tot deze categorie worden gerekend. Het woord euthanasie is in dit verband misplaatst.

Zelfdoding

Een van de vormen van zelfdoding staat zo dicht bij het wezen van de euthanasie, dat het mij niet zinvol voorkomt om in dat geval te blijven spreken van zelfdoding. Om toe te lichten waarom hier voor het nieuwe begrip *zelf-euthanasie* wordt gekozen, is het noodzakelijk een overzicht te geven van de verschillende vormen van zelfdoding. Vooraf moet worden opgemerkt dat het steeds gaat om de biologische dood. Immers, een zelfdodingsstreven behoeft niet steeds een totaal zelfvernietigingsgedrag te betekenen, maar kan ook de bedoeling hebben een einde te maken aan het aardse bestaan, met als oogmerk verderweg gelegen religieuze of kosmische bestemmingen.

Ik ga uit van een voor ons doel toereikende globale indeling in drie groepen (Van Tol 1975a, 286-287; 1977, 148-150 en 155). Deze betreffen de zelfdodingen van psychotici, neurotici en stabielen. Nader omschreven:

1. Zelfdoding, of poging daartoe, in een staat van krankzinnigheid

of onwetendheid, bedreven op basis van hallucinaties of waan-ideeën, of wanneer om welke reden dan ook de werkzaamheid van het gebruikte middel is onderschat. Bij deze groep zou het woord zelfmoord moeten worden vermeden. Evenmin is hier sprake van euthanasie. Het overlijden draagt het karakter van een ongeluk. Een goede beschrijving vindt men bij Stolk (1977).

2. De zelfdoding, of poging daartoe, als 'oplossing' van een crisis-situatie (Van Tol 1975a, 285; 1979, 139). Bedreven op basis van overwegend neurotische mechanismen, uit een meer of minder bewuste strafbehoefte, in een staat van neurotische depressie, of als uitweg uit een als onhoudbaar ervaren levenssituatie. De daad draagt het karakter van een 'cry for help'. Het kan gaan om serieus overwogen, maar in wezen ambivalente, alsook om de meer demonstratieve, wel genoemd hysterische zelfdodingspogingen. Voorts om mensen die achteraf zeggen eigenlijk niet dood gewild te hebben, maar verlost te hebben willen zijn van de hun drukken-de zorgen en onoplosbaar lijkende problemen. 'Ik wilde niet per se dood, ik wilde slapen, hoelang kon me niet schelen, als ik er maar af was'. De daad kan impulsief worden bedreven, uit wanhoop, als reactie op een onverwachte gebeurtenis die men niet terstond weet te verwerken, als meer of minder onbewuste 'hefboom' om een onhoudbare situatie te wijzigen, waarbij vooral de relatie tot de levenspartner een fundamentele rol speelt (Van Tol, 1978b). We zouden in al deze gevallen niet zonder meer moeten spreken van een zelfdoding(spoging), maar in onze begripsaanduiding tot uiting moeten laten komen dat het in feite gaat om een noodkreet, gericht op het (beter) willen leven. Dit geldt evenzo voor de verschillende vormen van zogenaamde gemaskeerde zelfdodings, of pogingen daartoe, waaraan evenzeer neurotische mechanismen ten grondslag liggen. In deze categorie vallen de waaghalzen, de gokkers met de dood, roekeloze rijders in het verkeer, accident proneness, etc., maar ook een andere vorm van gemaskeerd of onzeker zelfdodingsgedrag, dat wel wordt aangeduid met chronische zelfdoding(spoging): het zichzelf chronisch nadeel berokkenen in levenssituaties (Schicksalneurose), door middel van automutilatie, of door stelselmatige ondermijning van de gezondheid met alcohol, drugs, roken, enzovoort.

3. De zelfdoding als weloverwogen keuze; de (zachte) dood verkiezend boven het (te harde) leven of levenseinde. Voorbeelden: de ongeneeslijk zieke die 'het opgeeft' of aan de arts vraagt zijn leven te bekorten, hetzij door staken van levensverlengende maatregelen – door Van Till (1972, 179, 186) destijds auto-euthanasie genoemd –, hetzij door achterlaten van medicijnen. Voorts hij, die de eigen dood kiest in geval van gevangenschap waarbij hem folteringen wachten, mogelijk met het risico vrienden te zullen verraden. Ook: de zogenoemde filosofische zelfdoding, waartoe men komt via redenering op strikt logische gronden, en de balanszelfdoding, het weloverwogen termineren van onaanvaardbaar geworden of als zinloos ervaren leven. Hierbij zij ten overvloede aange-tekend dat de betrokkene qua geestesgesteldheid in alle opzichten

in staat geacht moet worden zowel de eigen psychische als mede sociale situatie, en ook de gevolgen van de voorgenomen zelfdoding, in voldoende mate te overzien.

De zelfdoding bij deze groep draagt meer het karakter van euthanasie dan van 'zelfmoord', aangezien de overwegingen die voor euthanasie gelden – met name het in overeenstemming met de wil van de betrokkene termineren van een zijnsvorm die met wat wij onder 'leven' verstaan weinig of niet (meer) van doen heeft – op deze vorm van zelfdoding onverkort van toepassing zijn. Ik heb daarom reeds eerder voorgesteld om bij deze categorie te spreken van 'zelfeuthanasie' (Van Tol, 1977, 147). Zou het begrip euthanasie, zoals sommigen wensen, gereserveerd worden voor een levensverkortend handelen door een ander dan de betrokkene, dan zou ook het door een terminaal zieke innemen van op zijn verzoek verstrekte dodelijke medicijnen geen euthanasie meer mogen heten, maar zelfdoding. De term zelfeuthanasie doet hier evenwel meer recht aan ons gevoel en is tevens van belang vanwege later te bespreken juridische en medisch-ethische consequenties. Elders heb ik uiteengezet (Van Tol, 1978a) waarom het woord zelfeuthanasie de voorkeur verdient boven auto-euthanasie, een begrip waarvan in de praktijk is gebleken dat het aanleiding kan geven tot misverstanden.

Er bestaat eenstemmigheid onder de onderzoekers die de balans-zelfdoding erkennen, dat het hier om een zeer kleine groep gaat, dat het aantal balanszeldodders niet hoger kan worden geschat dan enkele procenten van het totaal aantal geslaagde zelfdodingen en weloverwogen pogingen daartoe. Naar mijn mening geldt dit voor de gehele hierboven onder 3 besproken categorie. Binnen deze kleine groep van de zelfeuthanasie kan nog een passieve en een actieve vorm worden onderscheiden. Van *passieve zelfeuthanasie* is sprake wanneer de mens, zoals in de belletrie vaak is beschreven, uit liefdesverdriet, lusteloos wordt, wegwijnt en sterft, zonder een daadwerkelijke zelfdodingspoging te hebben gedaan. Ook de zieke die het opgeeft behoort tot deze subgroep. Stumpfe (1975) spreekt in dit verband van *psychogene dood*. Bij *actieve zelfeuthanasie* worden middelen gebruikt die zijn gericht op een zo snel mogelijk beëindigen van het leven. De samenhang van euthanasie en zelfdoding in de zin van zelfeuthanasie is in het hierbij gevoegde schema nog eens verduidelijkt.

Het recht op zelfeuthanasie

In dit stuk is uitgegaan van de premisse dat er mensen zijn die werkelijk dood willen, met andere woorden dat het bestaan van de hierboven beschreven groep van hen die door zelfeuthanasie een eind willen maken aan hun leven, geen fictie is. Als dit uitgangspunt juist is, moet de vraag volgen of de mens het recht heeft zijn leven te beëindigen. Juridisch geeft de beantwoording van deze vraag geen problemen: het zichzelf doden is in ons recht niet strafbaar. Maar mag dit recht ethisch gezien in onbeperkte mate worden

EUTHANASIE

Zachte dood, ongeacht of deze wordt veroorzaakt door de betrokkene zelf of door een ander. Het in overeenstemming met de wil van de betrokkene, door de dood (doen) beëindigen of (doen) voorkómen van een zijnsvorm, die met wat onder 'leven' wordt verstaan weinig of niets (meer) van doen heeft.

EUTHANASIE IN ENGERE ZIN

ofwel hetero-euthanasie (Van Till)

Doden met de hulp van anderen

GEVRAAGD

Overeenkomstig de tevoren mondeling of schriftelijk geformuleerde wil van de betrokkene

ONGEVRAAGD

maar gewild; in de geest van, in het belang van de betrokkene (pasgeborenen, geriatrie, onvoorziene situaties in het algemeen)

ZELFEUTHANASIE

Na zorgvuldig afwegen door de psychisch meer stabiele mens de dood verkiezend en deze zelf veroorzakend, eventueel na op verzoek de middelen hiertoe van anderen te hebben ontvangen

actief

'filosofische zelfdoding';
'balanszelfdoding'

passief

'psychogene dood' (Stumpfe)

uitgeoefend en kunnen aan het feit dat het beëindigen van het eigen leven bij de wet niet strafbaar is gesteld, bepaalde rechten ten opzichte van de samenleving worden ontleend? Wat betreft het eerste deel van die vraag: ook voor wie zich baseert op een levensbeschouwing waarbij de mens verantwoordelijkheid draagt voor het eigen levenseinde, zijn er beperkingen denkbaar ten aanzien van de vrijheid zich te doden. Zo kunnen kinderen een beletsel vormen, voortvloeiend uit het door de ouders (in toenemende mate in vrijheid ten opzichte van het kind) aangegane „sociale contract”, dat niet van de kant van die ouders opzegbaar mag zijn, zeker niet zolang de kinderen nog jong zijn. Een andere begrenzing zou kunnen liggen in de wijze waarop men de gemeenschap mag confronteren met zijn afscheid uit dit leven. Ter illustratie: mag men zo van een dak springen dat men op een schoolplein temidden van de spelende kinderen terecht komt? Ervan uitgaande dat de mens althans in zekere mate het recht heeft zijn leven te beëindigen op een tijdstip dat hem goeddunkt, kan men stellen dat het individu dus ten opzichte van de gemeenschap bepaalde plichten heeft. Maar staan hier ook bepaalde rechten tegenover? Als het binnen zekere grenzen een moreel recht is over het eigen levenseinde te kunnen beschikken, rust dan niet op de maatschappij (overheid, hulpver-

lener) de zedelijke verplichting het individu in staat te stellen van dit recht op een aanvaardbare manier gebruik te maken? Nu zo duidelijk het streven bestaat om ten aanzien van de ongewenste zwangerschap uit humane overwegingen het tijdperk van breinaald en zeepsopspuit vaarwel te zeggen, lijkt de tijd aangebroken het de enkeling mogelijk te maken het eigen levenseinde te veroorzaken zonder gedwongen te zijn zijn toevlucht te nemen tot gruwelijke middelen.

Hulp bij zelfeuthanasie

Hulp bij zelfeuthanasie moet niet worden verward met hulp bij zelfdodingspogingen in het algemeen. Immers, de overgrote meerderheid van deze pogingen betreft de hierboven besproken groepen 1 en 2, die overwegend uit psychotici, respectievelijk neurotici bestaan. Over specifieke in die gevallen te verlenen hulp, zoals psychotherapie die leiden kan tot hernieuwde aanvaarding van het leven, bestaat een uitgebreide literatuur. Ik wil mij daarom beperken tot die zelfdodingspogingen, waarbij de dood niet slechts subjectief als enige uitkomst wordt gezien, maar waarbij ook objectief geen redelijke mogelijkheden aanwezig zijn om de bestaande problemen op te heffen.

Alvorens over te gaan tot de bespreking van enkele vragen die met de praktijk van de zelfeuthanasie verband houden, zijn ter wille van de duidelijkheid hieronder nog eens een aantal verschilpunten tussen (hetero-)euthanasie en zelfeuthanasie opgesomd.

	(hetero-)euthanasie	zelfeuthanasie
betreft	psychisch gezonden of psychisch zieken	psychisch stabielen
situatie	ernstig somatisch lijden	ernstig psychosociaal en/of somatisch lijden
tijdstip	in de stervensfase ¹	in of vóór de stervensfase
beslissende handeling door	hulpverlener	betrokkene zelf
huidige sociale aanvaarding	meer aanvaard	minder aanvaard
huidige juridische consequenties voor hulpverlener	hoger strafmaximum (12 jaar), maar gunstige jurisprudentie	lager strafmaximum (3 jaar), geen jurisprudentie

1 Gedefinieerd in rapport Nederlandse Vereniging voor vrijwillige Euthanasie (1978a, 11, voetnoot) als: levensverwachting van enkele dagen tot weken, ten hoogste enkele maanden.

Thans voorliggende vragen zijn: bestaan er inderdaad situaties waarin zelfeuthanasie de onontkoombare consequentie is en zo ja, bestaat er in die omstandigheden behoefte aan hulp? Wat de eerste

vraag betreft kan slechts worden verwezen naar casuïstiek, naar gevallen in de eigen praktijk en in die van anderen die zich in het bijzonder met deze problematiek bezighouden. Op grond daarvan geldt dat dergelijke situaties – hoewel zelden – voorkomen. De tweede vraag is minder eenvoudig te beantwoorden. Met inachtneming van de in de vorige paragraaf aangeduide beperkingen staat het een ieder vrij het leven te verlaten; het probleem is, dat daarvoor uitsluitend gruwelijke middelen beschikbaar zijn: zich verhangen, de verdrinkingsdood, de sprong uit het raam van een hooggelegen verdieping, het doorsnijden van de polsslagaders. Het gebruik van zogenaamd zachte middelen is uiterst riskant. Zelfs met kennis van zaken – en hoe velen hebben die? –, als doseringen worden toegepast die in recente literatuur over dit onderwerp als letaal zijn opgegeven (Admiraal, 1977, 204-206) en interventie uitblijft, zelfs dan nog blijken overlevingen van zelfdodingspogingen voor te komen. Patiënte C is hiervan een voorbeeld, dat echter niet op zichzelf staat. Ook anderen deden deze ervaring op (mondelinge mededeling collega Admiraal). Wie afstand wil doen van het leven, niet uit woede, wrok of als verwijt aan de wereld, maar vrijwillig, weloverwogen, rustig, en zeker van zijn beslissing, zal geen behoefte voelen aan afschuwwekkende of spectaculaire methodes. Hij zal kiezen voor een menswaardig middel, waarbij tegelijkertijd de kans op overleven zal zijn uitgesloten. In deze zeldzame gevallen zou de betrokkene moeten kunnen rekenen op uiterst deskundige hulp.

Men kan de vraag opwerpen of iemand een ander bij zijn zelfdoding mag betrekken en – nog verder denkend – of het in de toekomst zo zou moeten zijn dat men bij zelfeuthanasie hulp zou mogen *eisen*. Onder de huidige omstandigheden kan afgedwongen hulp bij zelfdoding in ethische zin ontoelaatbaar zijn. Voorbeeld: iemand werpt zich dusdanig voor een trein, dat de wagenvoerder niet tijdig kan stoppen en de betrokkene overrijdt, met als gevolg dat deze sterft. De mens die zich verantwoordelijk voelt voor zijn leven en voor het einde daarvan, zal bij het regelen van dat einde anderen zo min mogelijk mogen belasten. Zelfeuthanasie verlangt van de betrokkene een grote mate van zorgvuldigheid ten aanzien van de maatschappij in het algemeen en ten aanzien van de nabestaanden in het bijzonder. Bovendien zal rekening moeten worden gehouden met de rol die aan een hulpverlener kan worden toebedeeld. Als er mogelijkheden worden geschapen om in bepaalde gevallen hulp te bieden bij een zelfdoding, zullen de samenleving als geheel en de hulpverlener als individu eisen moeten kunnen stellen om eventuele schade voor anderen tot een minimum te beperken.

Wat betreft de vorm die hulp bij zelfeuthanasie zou kunnen hebben, moet in de eerste plaats worden gedacht aan uitvoerige en verantwoorde voorlichting van het grote publiek. Daarnaast is persoonlijke overdracht van kennis van belang voor wie het voornemen heeft uitgesproken het leven door middel van zelfeuthanasie te willen beëindigen. Voorts zal hulp ook moeten omvatten: het

verstrekken van het thanaticum en het geven van aanwijzingen voor het gebruik ervan. Misschien ook: het in psychologisch opzicht bijstaan van de betrokkene direct voor, tijdens en na innemen van het middel.

Een vrije verkrijgbaarstelling van een dodend middel zou het voordeel bieden de betrokkene in staat te stellen zonder persoonlijke hulp van anderen zijn voornemen uit te voeren. Evenwel, de tevens hierdoor ontstane mogelijkheid van een oneigenlijk gebruik maakt dat nauwkeurig moet worden omschreven aan wie en onder welke voorwaarden een thanaticum kan worden verstrekt. Afgezien van aanwending voor criminele doelen, mag een dodend middel ook niet in handen worden gegeven van evident geestelijk gestoorden (psychotici), noch van neurotici voor wie de zelfdodingspoging niet doel is maar middel, met name om een uitweg te vinden uit een weliswaar ondraaglijke, maar doorgaans op andere wijze te verbeteren levenssituatie.

Zouden waarborgen kunnen worden gecreëerd dat een thanaticum uitsluitend die beperkte groep van mensen zou bereiken bij wie de levensbeëindiging kan worden omschreven als zelfeuthanasie, dan zou – omdat het geen patiënt betreft – het geven van hulp hierbij niet per definitie een zaak voor de arts zijn. Voor wie wel? Voor iedere sociale hulpverlener? Of voor een staatscollege, zoals in bepaalde delen van het oude Griekenland, dat over de aanvraag moet oordelen en de verstrekking van het thanaticum regelen?

Uit pragmatische overwegingen kan men zich afvragen of hier toch niet, al dan niet voorlopig, een taak ligt voor de arts. Hij beschikt over een zekere mate van deskundigheid met betrekking tot de menselijke dood en het daaraan voorafgaand psychisch gebeuren, is gewend verantwoordelijkheden die hierbij in het geding zijn te dragen en heeft toegang tot de middelen (thanatica), alsmede de bevoegdheid deze voor te schrijven.

Maken wij een vergelijking met de zorg voor de geboorte: ook deze, in principe de niet-zieke mens betreffende, aangelegenheid is van oudsher aan de medicus toevertrouwd. Geboren-worden en sterven, gebeurtenissen die naar de mening van velen in de eigen omgeving van de betrokkene moeten plaatsvinden. Opneming in een kliniek zou alleen moeten geschieden, wanneer het om medische of sociale redenen noodzakelijk is. Waarom zouden deze overwegingen niet evenzeer gelden voor de geplande dood? Hier ligt een van de belangrijkste bezwaren tegen het stichten van speciale klinieken zoals door sommigen worden voorgestaan. Juist doordat bij zelfeuthanasie de mogelijkheid aanwezig is voor de betrokkene om tijd en plaats zelf te bepalen en er medisch-technisch geen enkele reden is voor een klinische setting, kan ook dit sterven daar plaatsvinden waar het behoort: thuis, al dan niet in aanwezigheid van de naasten.

Om meer dan een reden dringt een vergelijking met het abortusvraagstuk zich op. Ook daar gaat het om een beslissing die weliswaar in de eerste plaats de betrokkene betreft, maar waar bepaalde verantwoordelijkheden evenzeer de omgeving kunnen aangaan.

Voor beide vraagstukken gelden vergelijkbare ethische overwegingen. Een andere parallel is dat de voorwaarde wel wordt gesteld van een vereiste bedenktijd. Wat voorts de bewaking van bepaalde garanties betreft dienen bij hulp bij zelfeuthanasie evenals bij abortus de mogelijkheden zich aan van een teambeslissing versus het eigen beslissingsrecht van de betrokkene, al of niet in overleg met de arts. Ten slotte luidt de praktische vraag 'klinisch of poliklinisch', getransponeerd naar het probleem van de zelfeuthanasie: (poli)klinisch of thuis?

Hoewel bij zelfeuthanasie, evenals bij geboorte, geen sprake is van ziekte en de betrokkene derhalve geen patiënt is in de letterlijke betekenis, is er weinig reden om een geheel nieuwe organisatiestructuur voor het kleine aantal gegadigden voor zelfeuthanasie in het leven te roepen. Temeer niet, waar – met een betrekkelijk geringe uitbreiding – de bestaande medische zorg zeer wel in die behoefte kan voorzien. Gezien de bijzondere eisen die – om te kunnen differentiëren tussen zelfdodingsgedrag bij psychotici, neurotici en gezonden – aan diagnostiek en gesprekstechniek gesteld worden, is in de eerste plaats de psychiater met specifieke bijscholing de aangewezen specialist voor deze vraagstukken. Na voorselectie door huisarts en algemeen psychiater zal het aantal hulpvragers om zelfeuthanasie zo klein zijn, dat met een beperkt aantal in het bijzonder op dit gebied deskundige psychiaters kan worden volstaan. Toetsing zal moeten geschieden door middel van interview.

Hulp bij zelfeuthanasie zou moeten omvatten:

1 – Diagnostiek, gedurende enige intake-gesprekken, waarbij veel aandacht moet worden besteed aan zowel de speciële als aan de algemene anamnese, met inbegrip van een uitvoerige biografische anamnese. Psychiatrische opnamen zullen over het algemeen een contra-indicatie vormen.

2 – Een serie gesprekken, waarbij de duurzaamheid van de overtuiging van de betrokkene zal blijken, alsmede de onontkoombaarheid van de beslissing, anders gezegd het ontbreken van alternatieve oplossingen, terwijl ook de maatschappelijke consequenties met betrekking tot kinderen of andere nabestaanden, werk of andere verplichtingen van de betrokkene, worden besproken.

3 – Bepaling van tijdstip, plaats en omstandigheden: met name ook wie (verwanten, hulpverlener) wel of niet aanwezig zullen zijn. Bespreking van aard en werking van het middel.

4 – Psychologische begeleiding direct voor, eventueel tijdens, en direct na innemen van het middel. Wat dit laatste betreft zij ten overvloede opgemerkt dat de arts zich er niet toe mag laten verleiden het middel zelf toe te dienen, aangezien hierdoor een gedeelte van de verantwoordelijkheid van de handeling verlegd zou kunnen worden van de betrokkene naar de hulpverlener en van zelfeuthanasie geen sprake meer zou zijn.

5 – Afhandeling van de gebruikelijke formaliteiten na overlijden.

6 – Eventuele begeleiding van nabestaanden.

Slotopmerkingen

Bij de hierboven geschetste hulp bij zelfeuthanasie speelt de arts een *actieve* rol. Van *passieve hulp* bij zelfeuthanasie kan men spreken wanneer de hulpverlener zich beperkt tot het niet weerhouden van de betrokkene zijn voornemen ten uitvoer te leggen.

De hulpverlener moet zijn medewerking mogen weigeren. In de eerste plaats wanneer naar zijn mening aan de hierboven onder punt 2 genoemde criteria niet is voldaan. Daarnaast kunnen zijn bezwaren voortkomen uit zijn levensbeschouwing, doch evenzeer uit persoonlijke problemen. Deze kunnen stoelen op onvoldoende verwerking van problematiek betreffende de eigen dood, maar ook samenhangen met gevoelens van machteloosheid ten aanzien van deze 'medische situatie'. Het niet berusten in de volharding van de wensen van de betrokkene omdat de therapeut deze voelt als een falen van zijn vakbekwaamheid, kunnen het objectief beoordelen van de situatie ernstig bemoeilijken. Doorverwijzing, of beter nog: voldoende algemene voorlichting, zal aan de hulpvrager de gelegenheid moeten bieden zich in zo'n geval tot een andere deskundige te wenden.

Het geven van hulp bij zelfeuthanasie zal tot de legale medische praktijk moeten kunnen behoren. Teneinde dit mogelijk te maken kan men denken aan uitbreiding van artikel 294 Sr met een strafuitsluitingsgrond door de betrokken deskundige, of aan adequate regeling door middel van in de jurisprudentie vast te leggen interpretaties van de bestaande wetsartikelen. Ook kan – eveneens met handhaving van het betreffende wetsartikel – worden gedacht aan een omschrijving van zelfeuthanasie in de wet en met name aan afzondering daarvan van het algemene begrip zelfdoding (zelfmoord). Hiermee zouden niet alleen de medicus, maar ook de betrokkene en diens nabestaanden gebaat zijn: gevoelsmatig, omdat niet langer sprake zou zijn van zelfmoord, maar ook materieel. Immers, tal van levensverzekeringen hebben een clausule waarbij wordt bepaald, dat in geval van zelfmoord (eventueel binnen een bepaalde termijn na afsluiten van de verzekering) geen uitkering aan de begunstigde zal worden gedaan.

Ten slotte wil ik er op wijzen dat het niet van veel belang is of de term zelfeuthanasie ingang zal vinden of niet. Het gaat erom dat de categorie mensen op wie deze term van toepassing is, om gevoelsmatige, ethische, juridische en materiële redenen, moet worden onderscheiden van zelfdoding (zelfmoord) in algemene zin. Dit is niet alleen van belang voor degenen die tot deze groep van hulpvragers gerekend moeten worden, maar ook voor de nabestaanden en voor de psychiater die er beroepshalve bij betrokken is.

Een voordeel dat nog niet is genoemd kan zijn, dat de zelfdodingsstatistieken betrouwbaarder zullen worden dan thans het geval is. Keren we nu terug naar de drie in de inleiding beschreven patiënten, dan zien we dat patiënte A de veranderingen in haar levenssituatie wilde afdwingen van haar omgeving en de verantwoordelijkheid voor het beëindigen van haar leven niet in eigen hand

wilde houden. Haar besluit bleek bovendien weinig standvastig (ook al weten we niet hoe het in de toekomst met deze patiënte gaan zal). Van zelfeuthanasie is hier geen sprake.

Patiënte B kwam tot haar besluit na rustig en langdurig afwegen. Tot zelfeuthanasie zou het mogelijkwerwijs hebben kunnen komen, maar wat haar alléén niet gelukte, kwam tot stand met behulp van gesprekken: patiënte ontdekte nieuwe mogelijkheden, die haar waardevol genoeg lijken om ze verder te exploreren. Patiënte C was volhardend in haar besluit en, evenals patiënte B, bereid de verantwoordelijkheid voor haar einde te dragen. Ze beschikte over het middel om haar leven te beëindigen en was met de nabestaanden tot overeenstemming gekomen. Aan alle voorwaarden voor zelfeuthanasie is in dit geval voldaan. Patiënte heeft niet kunnen voorzien dat hetero-euthanasie ten slotte een einde aan haar lijden zou moeten maken.

Wat men de betrokkene zou hebben willen besparen is de onverdraaglijke gedachte dat door omstandigheden buiten haar wil en macht de poging zou kunnen mislukken (zoals in dit geval inderdaad bijna zou zijn gebeurd). Over wat de nabestaanden doormaakten kan ik kort zijn: Wettelijke bevoegdheid van de arts om hulp te geven bij zelfeuthanasie zou eerder ingrijpen mogelijk hebben gemaakt, waardoor ook de nabestaanden veel leed zou zijn bespaard.

Ik ben mij ervan bewust dat in mijn bijdrage wellicht meer vragen zijn opgeroepen dan konden worden beantwoord. Mijn bedoeling is geen andere dan een aanzet te leveren voor verdere overdenking en discussie in psychiatrische kring, want het ziet ernaar uit dat de samenleving over niet te lange tijd de mening van de arts in het algemeen, en mogelijk van de psychiater in het bijzonder, zal willen vernemen.

Literatuur

- Admiraal, P. V. (1977), Euthanasie in het ziekenhuis. In: *Euthanasie*. Stafleu, Leiden, 188-209.
- Berg, J. H. van den (1969), *Medische macht en medische ethiek*. Callenbach, Nijkerk.
- Binding, K. en A. Hoche (1920), *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, ihr Mass und ihr Form*. Leipzig.
- CDA (1979), *Euthanasie*. Rapport van een commissie van de wetenschappelijke instituten van KVP, ARP, CHU. Den Haag.
- Dale, van (1976), *Groot Woordenboek der Nederlandse taal*. Nijhoff, 's-Gravenhage.
- Dijk, K. van (1977), *Interimrapport van de werkgroep rechtspositie patiënten in psychiatrische ziekenhuizen*. Leidschendam.
- Eck, L. J. A. M. van, W. Knol-Schoonhoven en L. J. van de Lande (1976), Suicide en psychiatrische behandeling. *Tijdschr. v. Psychiatrie* 18, 761-809.
- Gezondheidsraad (1973), *Advies inzake euthanasie*. Staatsdrukkerij, 's-Gravenhage.
- Giel, R. en F. Bloemsma (1977), Is suïcidaal gedrag ziek? *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 121, 2033-2037.

- K.N.M.G. (1973), Voorlopige stellingname van het hoofdbestuur. *Medisch Contact*, 28, 587.
- K.N.M.G. (1975), Discussienota euthanasie. *Medisch Contact*, 30, 7.
- K.N.M.G. (1977), Samenvatting reacties uit de afdelingen n.a.v. de discussienota euthanasie *Medisch Contact*, 32, 335.
- Leenen, H. J. J. (1977), Euthanasie in het gezondheidsrecht. In: P. Muntendam (ed.), *Euthanasie*. Stafleu, Leiden, 72-147.
- Menges, J. (1972), 'Euthanasie' in *Het Derde Rijk*. Bohn, Haarlem.
- Muntendam, P. (ed.) (1977), *Euthanasie*. Stafleu, Leiden.
- Muntendam, P. (1978), Euthanasie. *Nederl. Tijdsch. v. Geneesk.* 122, 1641-1645.
- Nederl. Vereniging v. vrijw. Euthanasie (1978a), *Rapport van de adviescommissie wetgeving betreffende toelaatbare euthanasie*. Amsterdam.
- Nederl. Ver. v. vrijw. Euthanasie (1978b), *Verslag van het congres ter gelegenheid van het vijfjarig bestaan van de vereniging*. Z. pl.
- Rood, M. G. (1975), Euthanasie. In: E. van der Wolk (ed.), *Het naderend einde*. Boom, Meppel/DNB, Kapellen (België), 327-334.
- Sporken, P. (1978), Euthanasie: probleem van de stervende of van de hulpverlener? *Metamedica* 57, 213-223.
- Stolk, P. J. (1977), Euthanasie in het psychiatrisch Instituut. In: P. Muntendam (ed.), *Euthanasie*. Stafleu, Leiden, 209-229.
- Stumpfe, K. D. (1975), Psychogene Tot und Suizid. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 117, 473-476.
- Till-d'Aulnis de Bourouill, H. A. H. van (1970), *Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven*. Kluwer, Deventer.
- Till-d'Aulnis de Bourouill, H. A. H. van (1972), Euthanasie en recht. *Ned. Tijdschr. v. Gerontologie* 3, 174-189.
- Tol, D. van (1971), De stervende mens en euthanasie. *Geneeskundige Gids* 2, 191-197, en in H. Faber (ed.), *Over dood en sterven*. Universitaire Pers, Leiden, 71-84.
- Tol, D. van (1975a), Zelfmoord in de wereld van morgen. In E. van der Wolk (ed.), *Het naderend einde*. Boom, Meppel/DNB, Kapellen (België), 270-288.
- Tol, D. van (1975b), De zachte dood. In: E. van der Wolk (ed.), *Het naderend einde*. Boom, Meppel/DNB, Kapellen (België), 288-305.
- Tol, D. van (1976), Na-onderzoek na vijf jaar van 237 gevallen van zelfmoordpoging. *Nederl. Tijdschr. v. Geneesk.* 120, 831-836.
- Tol, D. van (1977), *De dood als keuze*. Boom, Meppel.
- Tol, D. van (1978a), Zelfdoding en poging tot zelfdoding bij jongeren. *Nederl. Tijdschr. voor Geneesk.* 122, 1586.
- Tol, D. van (1978b), The influence of the suicide attempt on emotional relationships. In: H. Z. Winnik en L. Miller (ed.), *Aspects of suicide in modern civilization*. Jerusalem Academic Press, Jerusalem, 168-173.
- Tol, D. van (1979), Zelfdoding: moreel grondrecht of taboe? In: H. v. d. Braak (ed.), *De dood incognito*. Kooyker Wetenschappelijke Uitg., Rotterdam, 137-155.