

ZELFDODINGSPAKKETTEN: DE KEUZE VAN HET MINSTE KWAAD?

*Marianne Hendrickx*¹

Abstract – Every forty seconds someone around the world commits suicide. The efforts for suicide prevention which are conducted by our society, clearly do not succeed in reducing these high suicide rates. In this article we will consider the possibility of a *self-chosen* death. Therefore we will discuss several options: physician-assisted suicide or euthanasia, non-medical suicide assistance (regulated suicide assistance) or a general availability of suicide kits. All these options will be tested on principal desirability *and* practical feasibility. We argue that suicide is a real and serious problem in our society which needs an adequate solution, and we conclude that the time may have come to deliberately choose for the least evil, i.e. to create possibilities that allow for a mild, humane and self-chosen death.

Inleiding

Wereldwijd pleegt gemiddeld om de 40 seconden iemand zelfmoord. In België alleen maken dagelijks zeven mensen een einde aan hun leven. Voor Vlaanderen komt dat neer op ongeveer drie zelfdodingen per dag.² Ondanks de zelfdodingspreventiecampagnes, de toenemende maatschappelijke aanvaarding van het bezoek aan een psycholoog, gedwongen hospitalisatie en reanimatie, een altijd beschikbare zelfhulptelefoon, het terugfluiten van de vrije verkoop van letale middelen, ... blijven de cijfers dus wat ze zijn: jaarlijks sterven meer mensen door zelfdoding dan door een verkeersongeval. Betekent dit dat de preventiemaatregelen tekortschieten? Moeten we nóg alerter zijn? Of is dit eerder een indicatie voor het feit dat sommige mensen niet geholpen kunnen of willen worden? Wordt het misschien stilaan tijd dat er op maatschappelijk vlak ook ruimte en begrip komt voor een *zelfgekozen* dood?³

De eerste stap is reeds gezet. Het is een algemeen bekend feit dat sinds 23 september 2002 iedere competente meerderjarige die ondraaglijk en aanhoudend fysiek of psychisch lijdt ten gevolge van een ongeneeslijke aandoening een beroep kan doen op de Belgische Wet betreffende de euthanasie (of het dan ook werkelijk tot een inwilliging van zijn verzoek komt, is weer een heel andere zaak). Hoewel het psychisch lijden uitdrukkelijk als voldoende grond voor stervenshulp aanvaard wordt, vormt de vereiste ongeneeslijke aandoening een waarborg tegen een al te permissieve praktijk. Maar is het

¹ De auteur is Master in de Moraalwetenschappen. Zij wenst uitdrukkelijk haar promotor prof. dr. Guido Pennings te bedanken.

² Dit blijkt uit een rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie (http://aps.vlaanderen.be/statistiek/nieuws/gezondheid/2002_10_zelfmoord.htm) en uit cijfers van het Nationaal Instituut voor de Statistiek (http://aps.vlaanderen.be/statistiek/nieuws/gezondheid/2001-08_zelfmoord.htm) (<http://www.zelfmoordpreventie.be/zelfmoord/algemeen.php>)

³ In het bestek van deze tekst beperk ik me tot volwassenen. De morele kwesties omtrent hulp bij zelfdoding bij minderjarigen laat ik buiten beschouwing.

wel logisch hier de grens te trekken? Bestaat er wel een principiële verschil tussen de ervaring van fysieke en psychische pijn? Wordt er niet al te lichtzinnig voorbijgegaan aan het zuiver psychisch leed door het zonder meer buiten het euthanasiedebat te plaatsen? Het voorstel om aan een ruimer publiek hulp bij zelfdoding⁴ te verlenen, heeft zijn wortels in het zelfbeschikkingsrecht. Is het wel gerechtvaardigd dat vandaag de dag een recht dat ons allen toebehoort volledig in de handen van artsen wordt overgeheveld wanneer het om ons levenseinde gaat? Daar letale middelen in de medicijnkast achter slot en grendel geplaatst zijn, zijn mensen in hun verlangen naar een zachte dood immers van anderen afhankelijk. We zullen zien dat medici *physician-assisted suicide* en in het bijzonder euthanasie als een ware belasting ervaren. Is het dan wel wenselijk artsen nog meer dodende handelingen in de schoenen te schuiven? Wat is het alternatief? In een twijfelachtige poging het zelfbeschikkingsrecht te redden, eenieder dan toch maar zélf de klus laten klaren? Maar is er in onze maatschappij, met zijn ultieme focus op zelfdodingspreventie, wel ruimte voor een *verantwoorde* zelfbeschikking? Kunnen de wijdverspreide doe-het-zelf-handboeken hier soelaas bieden? Of kan men toch niet onder de beoordeling van derden uit? Twee mogelijkheden dringen zich op: of we opteren voor gecontroleerde stervenshulp en lossen onze strakke greep op de zelfbeschikking in het licht van vooropgezette zorgvuldigheidseisen, of we geven het zelfbeschikkingsrecht handen en voeten en pleiten voor de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten.

Ik zal trachten alle opties te toetsen aan principiële wenselijkheid én praktische uitvoerbaarheid. Zelfdoding is immers een reëel probleem dat om een waarachtige oplossing vraagt. Of die oplossing altijd en per definitie een opheffing van het doodsverlangen moet inhouden – een onderneming waar onze westerse maatschappij op gebrand is – is nog maar de vraag. Wat met mensen met een persistent doodsverlangen? Hoe staat het dan met onze ethische plicht? Zijn de menselijke brokstukken na een sprong onder de trein de harde bewijsstukken van een maatschappij die liever gedooft dan zelf de handen uit de mouwen steekt? Is het moment niet aangebroken om vanuit de samenleving doelbewust voor het minste kwaad te kiezen en mogelijkheden te creëren die een milde, zachte dood toegankelijk maken?

1. Psychisch en fysiek lijden

In onze huidige Belgische rechtstaat wordt het recht op zelfdoding positief ingevuld voor meerderjarigen met ongeneeslijke aandoeningen die ondraaglijk en aanhoudend leed met zich meebrengen. Op papier is niet enkel lichamelijk leed, maar ook aanhoudend, ondraaglijk en onbehandelbaar *psychisch* lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening een rechtvaardigingsgrond voor euthanasie in België. Hoewel psychisch lijden dus uitdrukkelijk als mogelijk uitgangspunt voor euthanasie aanvaard wordt, moet er volgens onze wet dus wel altijd een aandoening zijn die volgens de strikt medische diagnose als ongeneeslijk geldt. Euthanasie bij louter ‘psy-

⁴ Met ‘hulp bij zelfdoding’ doel ik op hulp in de ruimste zin van het woord. Ik gebruik deze woorden dus niet als de Nederlandse vertaling van ‘*physician-assisted suicide*’. Daar waar ik ‘*physician-assisted suicide*’ al vertaald heb, heb ik gekozen voor het Nederlandse ‘medische hulp bij zelfdoding’.

chisch' lijden zonder een ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening is dan ook niet toegelaten. De scheidingsmuur tussen fysieke en psychische pijn wordt hier torenhoog opgetrokken. Bestaansgrond kent dit bouwsel echter niet. Hoewel men een onderscheid kan maken tussen pijn met een duidelijke somatische oorzaak en pijn die manifest een niet-somatische oorsprong heeft, kan dit verschil gemarginaliseerd worden: er bestaat immers geen principiële onderscheid tussen de *ervaring* van fysieke en psychische pijn. Het brein is uitiem verantwoordelijk voor pijnervaringen (Braeckman, Distelmans, Van den Enden 2000).

Maar maatschappelijk wordt er een heel andere houding aangenomen tegenover psychische dan tegenover lichamelijke pijn: “*De eerste wordt meer genegeerd en geminimaliseerd dan de laatste.*” (Braeckman, Distelmans, Van den Enden 2000) En ook al blijkt dat ongegrond, toch ondersteunt deze houding in zekere zin onze huidige euthanasiewet, die uiteindelijk toch ook weer medisch diagnosticeerbare ongeneeslijke aandoeningen als vereiste inroept, wil en mag een aanvraag ooit ingewilligd worden. Dit heeft natuurlijk zijn redenen: anders dan euthanasie ten gevolge van fysieke pijn, bestaan er voor euthanasie bij psychisch leed immers geen criteria. We stuiten hier op een operationaliseringsprobleem. In tegenstelling tot ongeneeslijke ziektes, die objectief en in consensus vastgesteld kunnen worden, is “*niemand (...) in staat om (1) het gewicht van psychologisch leed te meten; (2) te oordelen of het psychologische leed onherroepelijk is.*” (Van den Enden 2003: 245)

De objectiveerbaarheid van fysieke pijn maakt dus dat het als rechtvaardigingsgrond kan dienen voor een euthanasiebeleid. Maar het feit dat een somatische oorzaak opgespoord kan worden, is een *extern* criterium dat op zich niet meer hulp *rechtvaardigt* dan bij psychische pijn. Wie bij voorbaat vindt dat hulp bij zelfdoding onmogelijk door de beugel kan voor mensen die enkel psychisch lijden, lijkt twee zaken uit het oog te verliezen: (1) dat het onderscheid tussen fysieke en psychische pijn *in se* artificieel is, en (2) dat zelfs de stervenswens van somatisch zieken voor een groot deel door zuiver psychisch lijden ingegeven wordt.^{5,6} Het feit dat er tot op heden geen heldere criteria bestaan ter begeleiding van hulp bij zelfdoding voor lichamelijk gezonde mensen met een duurzaam doodsverlangen, vormt een praktisch, maar *geen principiële* obstakel! Het mag mijns inziens dan ook geen lafhartig excuus zijn om psychisch leed zonder meer buiten het euthanasiedebat te plaatsen. Problemen moet men onder ogen durven zien. Het is natuurlijk maar de vraag of een dergelijke verruiming wel wenselijk en/of realistisch is binnen het kader van *medische* hulp bij zelfdoding...

⁵ Belangrijke factoren bij patiënten die om levensbeëindiging vragen, zijn: symptomen van depressie, angst en bezorgdheid, uitgesproken zorgafhankelijkheid, demoralisatie, pijn en andere somatische aandoeningen, tekort aan sociale steun en de afwezigheid van religieuze overtuigingen. (Ducetelle et al. 2005: 88)

⁶ Ironisch genoeg wordt dit feit in de Amerikaanse literatuur vaak aangegrepen om euthanasie volledig te verbieden. Nancy Osgood spreekt over “*the fallacy of arguing from a terminal illness perspective*”. De patiënt zijn intrapsychische constellatie, en niet de ziekte zelf, is de cruciale factor die hem al dan niet suicidaal maakt en dit is, zo meent men, behandelbaar. (Osgood 1995)

2. Zelfbeschikkingsrecht

Binnen de huidige wetgeving heeft de arts het monopolie over de beslissingen omtrent het levenseinde. Dit strookt niet met het zelfbeschikkingsrecht dat tegenwoordig zo in zwang is. Terecht merkt Frey op: “*There is something odd about a conception of medicine in which patient autonomy is prized but in which, at one life’s most crucial junctures, patient autonomy is systematically denied.*” (R.G. Frey 1998: 56) Nochtans is het recht op zelfbeschikking een erkend rechtsbeginsel, een bron van meerdere grondrechten. In principe heeft iedere mens dus de vrijheid om over het eigen lichaam te beschikken en om het leven naar eigen inzicht in te richten. Verantwoorde zelfbeschikking is tot nader order echter niet mogelijk. De middelen waarmee iemand zonder toegevoegd lijden kan inslapen, zijn stuk voor stuk van de markt gehaald en bij een arts achter slot en grendel geplaatst. Bijgevolg is men tegenwoordig, voor een deugdelijke uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht, op artsen aangewezen. Aangezien we niemand kunnen, noch mogen dwingen om het leven van een ander op diens verzoek te beëindigen, is ons zelfbeschikkingsrecht in zijn wezen beknót.

Als we de paternalistische route verlaten ten voordele van een sterkere nadruk op het zelfbeschikkingsrecht, kunnen we twee wegen inslaan: ofwel kiezen we voor gecontroleerde stervenshulp waarbij zorgvuldigheidseisen het principe van de zelfbeschikking toch weer enigszins ondergraven, ofwel behouden we het ideaal van zelfbeschikking zo goed als mogelijk en ijveren we voor een zelfdodingspakket.

2.1. Gecontroleerde stervenshulp

Onder *gecontroleerde stervenshulp* kunnen we die hulp verstaan waarbij de motieven om het eigen leven te beëindigen voor zover mogelijk door de persoon zelf bepaald worden, en niet door derden. De persoon blijft voor de verstrekking van de middelen echter wel van een ander afhankelijk. De zelfbeschikking blijft hier zo optimaal mogelijk behouden. Deze situatie bepleit onder andere de Nederlandse Stichting Vrijwillig Leven (SVL, <http://www.cuci.nl/~svleven/>). De stichting is van mening dat iedere wilsbekwame meerderjarige die zijn leven dermate perspectiefloos vindt dat hij het zou willen beëindigen, dat ook op een humane manier moet kunnen doen. Het doel van de SVL is dan ook de wettelijke erkenning van een recht op het zelfgekozen levenseinde en op het verkrijgen van de middelen om dat op een menselijke manier te realiseren. Aangezien het *vrij* verstrekken van dodelijke middelen volgens de SVL volstrekt uit den boze is (ut infra), zijn de thanatica wel enkel bestemd voor mensen die aan bepaalde zorgvuldigheidseisen⁷ voldoen.

In theorie klinken de doelstellingen van de SVL ons prachtig in de oren. Het initiatief van de stichting, met zijn mooie slogan “Een waardig levenseinde... is een zaak van mensen zélf”, is mijns inziens prijzenswaardig. De grote vraag is echter of een dergelijk

⁷ Met name: (1) of de hulpvrager een ingezetene van Nederland is, (2) of bij de hulpvrager sprake is van een aanhoudend verlangen naar levensbeëindiging, (3) of het verzoek in vrijheid gedaan is, (4) of er een deugdelijke wilsverklaring is gedeponneerd, (5) of er alternatieven (levenshulp) zijn overwogen, (6) of er geen twijfel is omtrent de wilsbekwaamheid van de hulpvrager, (7) of een schriftelijke wilsverklaring is opgesteld waarin om medische hulp bij onverhoopte complicaties wordt gevraagd, (8) of er afspraken zijn gemaakt omtrent de beschikbaarheid van een arts rond het tijdstip van inname van het middel, (9) of de directe omgeving van de betrokkene geïnformeerd is en, indien nodig en gewenst, kan worden bijgestaan.

streefdoel in de praktijk wel haalbaar is. Het blijft moeilijk inzicht te krijgen in de manier waarop zo'n organisatie als de SVL praktisch precies in z'n werk kan gaan. De stichting staat huiverend tegenover het opstellen van criteria, criteria die gehanteerd worden vooraleer er daadwerkelijk tot stervenshulp overgegaan wordt, criteria die rechtvaardigen waarom de één geholpen wordt en de ander niet. Iedere situatie wordt apart onder de loep genomen; de hulpverlener zou dus als het ware vanzelf het *finger-spitzengefühl* moeten hebben om eigenhandig de situatie in zijn unieke eigenheid te beoordelen. Vervalt een dergelijke werkwijze niet onvermijdelijk in willekeur?

De SVL stelt op papier inderdaad het zelfbeschikkingsrecht centraal. Daarom kant de stichting er zich ook tegen als een verruiming van de bestaande euthanasiewet gezien te worden, waar de hulpvrager finaal afhankelijk is van het oordeel van de medicus. In een interview door Rob Bruntink, zegt voorzitter Schellekens: "*Wij vinden als stichting het recht van zelfbeschikking erg belangrijk. Dat betekent dat het in onze ogen niet aan een ander is om te bepalen of ik mag sterven. De Stichting wil dat ik daar zelf de mogelijkheden voor heb. De regionale steunpunten van de Stichting moeten die mogelijkheden, uiteraard onder strikte voorwaarden, aanbieden.*" (Bruntink http://www.cuci.nl/~svleven/content_6_0a.html) Het klinkt enigszins contradictorisch. De strikte voorwaarden (i.e. de boven vernoemde zorgvuldigheidseisen) stellen uiteindelijk toch ook voor een groot stuk paal en perk aan het zelfbeschikkingsrecht? Uiteindelijk heeft de SVL toch óók het laatste woord in wie aan een zachte dood geholpen wordt? De stichting gaat er blijkbaar vanuit dat de zorgvuldigheidseisen een werkelijk autonome beslissing nu net moeten garanderen. Maar is dit wel méér dan een retorisch trucje? De stichting bepaalt aan welke voorwaarden iemand moet voldoen opdat zijn beslissing als 'autonoom' bestempeld kan worden, maar net dat feit doet op zich toch weer afbreuk aan het autonomieconcept.

De SVL zou er naar mijn gevoel beter aan doen open kaart te spelen en toe te geven dat het zelfbeschikkingsrecht een streefdoel is dat door de zorgvuldigheidseisen toch enigszins ondermijnd wordt. De SVL lijkt zich ultiem toch toe te spitsen op de *'clear'-cut cases*. Zo eist de stichting eigenlijk wel dat, vanaf het eerste gesprek, er een naaste van de hulpvrager aanwezig is. Ik kan me moeilijk van de indruk ontdoen dat wie een dergelijke eis als voorwaarde stelt, met de kleine groep van minder problematische en duidelijk weloverwogen gevallen werkt. Daar is uiteraard niets mis mee, integendeel. Het is zeer nobel dat dergelijke mensen de hulp aangereikt krijgen waar zij al jaren op wachten (in de mate dat de SVL momenteel al werkelijk hulp bij levensbeëindiging verschaffen kan). Maar de eerlijkheid gebiedt wel dat de SVL duidelijk stelt tot wie ze zich richt. Het recht op zelfbeschikking behoort immers állen toe, ook mensen bij wie het doodsverlangen sociaal minder begrijpelijk is.

Hoewel de verstrekking van letale middelen door steunpunten (nog) niet legaal is, staat de SVL in geen geval op non-actief. Een suïcidaal persoon kan zich nu immers tot een steunpunt wenden, waar hem een luisterend oor geboden wordt. Hier is een belangrijke taak weggelegd op het gebied van de suïcidepreventie. Doordat de SVL het taboe omheen de dood tracht te doorbreken en het zelfbeschikkingsrecht onderschrijft, krijgt de hulpvrager de kans zijn doodsverlangen oprecht open te gooien. Door de dood concreet te kunnen maken, verliest ze soms plots haar dwingende karakter. En mocht de stichting ooit de rechten krijgen waarvoor zij ijvert (legalisering van niet-medische hulp bij zelfdoding), dan zou zij ook de belangrijke maatschappelijke functie kunnen vervullen om

de grote druk op de schouders van artsen te verlichten. Op dit moment wordt de arts immers in een positie gedrongen waarin hij in feite moet bepalen of iemands leven al dan niet beëindigd mag worden. Zodoende wordt hij met een verantwoordelijkheid opgezadeld die hij vaak niet wil dragen. Artsen laten regelmatig weten hoe belastend het verrichten van een dodende handeling voor hen is, zowel op grond van eigen geweten en beroepsopvatting, als door de druk van de toetsing door commissies. (B.E. Chabot 2001: 100)

We zijn de nodige tijd bij de SVL blijven stilstaan, daar deze stichting een concreet voorstel doet omtrent hoe gecontroleerde stervenshulp eruit zou kunnen zien. De vraag die hier echter van belang is, is of gecontroleerde stervenshulp in welke vorm dan ook een overkoepelende adequate uitweg kan bieden voor *alle* mensen die op basis van eender welke motivatie een humane dood willen sterven. Op papier klinkt het alvast prachtig. Suïcidale mensen krijgen de kans zich aan te melden bij een instantie die er de weloverwogen verzoeken tussenuitplukt en hen begeleidt bij een milde dood. In de literatuur gaan de meeste stemmen op voor een dergelijke vorm van hulpverlening, waarbij de mensen die tot de definitieve en weloverwogen conclusie gekomen zijn dat zij uit het leven willen stappen, stervenshulp krijgen. Finaal punt. Een mooie stellingname, waarmee men al te vaak lichtzinnig alle verdere problemen wegwuift. De cruciale vraag blijft immers: “*Wie [is] geplaagd om op grond van welke criteria te oordelen?*” (H. Van den Enden 2003: 246)

2.2. *Het zelfbeschikkingsrecht ten top*

2.2.1. *‘Doe- het- zelf’ handboeken*

Wie het zelfbeschikkingsrecht écht hoog in het vaandel draagt, kan enkel juichen om het feit dat (a) zowat iedere boekhandel en iedere bibliotheek in het bezit is van één of meerdere ‘doe-het-zelf’ handboeken waarin piekfijn uitgelegd wordt hoe men adequaat en secuur een milde dood bewerkstelligen kan en (b) dat internet bulkt van websites met verwijzingen naar pagina’s als de *Suicide Methode File*, een tekst die methodes en medicijnen voor het plegen van zelfmoord opsomt. Deze handboeken en informatie⁸ zijn immers prima wegwijzers voor wie de verantwoordelijkheid voor de daad ultiem bij zichzelf wil leggen en het heft volledig in eigen handen wil nemen. Velen zijn er overigens van overtuigd dat zelfdoding nog altijd prioritair is aan hulp bij zelfdoding. Er zelf een eind aan maken, is echter geen kinderspel. Niet zelden mislukken zelfmoordpogingen met de meest gruwelijke gevolgen vandien. Daar komt nog eens bij dat doodgaan en doodgaan twee is. Sommige methodes leiden op zo’n afschuwelijke wijze de dood in dat we het eenieder zouden willen besparen.

De doe-het-zelf handboeken kunnen hier als de geschikte leidraad fungeren voor al wie van een verder leven gespaard wenst te blijven. “*Geschikte informatie kan ervoor zorgen dat het zonder problemen, zonder pijn gebeurt.*” (M. Verzele 1994: 44) Het bestaan van dergelijke boeken is dan ook een enorm succes gebleken. Tot verbijstering van velen verscheen de gebundelde zelfdodingsinformatie in enkele landen zelfs als best

⁸ Het publiceren van informatie en advies inzake zelfdoding is immers niet strafbaar, dankzij de vrijheid van drukpers die in de Grondwet vastgelegd is.

verkochte boek op de ranglijsten. Denk maar aan Derek Humphry's "*Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*" waarvan in een mum van tijd de eerste 41.000 exemplaren in de VS waren uitverkocht. Criticus Kass is één van de velen die vreest dat een dergelijk 'doe-het-zelf' handboek, vol met informatie over dodelijke doses, zelfdoding – en zelfs moord – te gemakkelijk maakt. Maar zijn voorstelling van zaken klopt gewoonweg niet: "*Thanks to Derek Humphry's book, our youth need no longer fail. Though the drugs he recommends require a doctor's prescription, they are, in fact, ubiquitous and easily available, as he surely knows.*" (Kass 1991: 21) Dit is pertinent onwaar. Het grote probleem van de 'doe-het-zelf' handboeken ligt er nu net in dat de chemische middelen die zij voorstaan *niet* zomaar verkrijgbaar zijn. Medicijnen die veelvuldig voor zelfdoding gebruikt werden – zoals vesparax, seconal en nembital –, worden nog maar zelden voorgeschreven of zijn zelfs geheel van de markt gehaald. Dit restrictief beleid heeft er echter niet voor gezorgd dat er sindsdien minder mensen zelfmoord plegen. Het betekent enkel dat mensen nu naar andere middelen (moeten) grijpen. En hoewel de mythe leeft dat op het internet alles te koop is, heeft Karin Spaink aangetoond dat deze stelling *niet* opgaat wanneer de koopwaar uit dodelijke medicijnen bestaat. (Spaink 2001) Verantwoorde zelfbeschikking blijft alsnog een heikel ideaal.

Was het dan verloren moeite van de auteurs om de verschillende methodes met zorgvuldige gebruiksaanwijzingen netjes te inventariseren? Dat lijkt me een voorbarige conclusie. Als de handboeken iets heel duidelijk stellen, dan is het wel dat zorgvuldigheid geboden is bij het tot stand brengen van de eigen dood. De inhoud bestaat voor een groot deel uit de ontrading van bepaalde methodes. De suïcidant wordt dus adequaat geïnformeerd over van welke manieren hij zich best ver weg houdt en waarom. Met andere woorden: de 'doe-het-zelf' handboeken zijn een prima middel om dreigende mislukkingen tegen te gaan.

2.2.2. Zelfdodingspakketten

Wil men het zelfbeschikkingsrecht in zijn zuiverste vorm werkelijk handen en voeten geven, zodat het meer wordt dan een holle leus, dan zou men in principe de letale middelen ter vrije beschikking op de markt moeten brengen: een zelfdodingspakket bij wijze van spreken. Dit idee wordt door een overgrote meerderheid onmiddellijk, abrupt en intuïtief verworpen. Voor hen die zich de moeite getroosten tegenargumenten te zoeken, zijn de drie risico's die de Stichting Vrijwillig Leven formuleert de meest courante. We bekijken de tegenargumenten en zien of het valabele redenen zijn om op rationele gronden het voorstel voor een zelfdodingspakket naar de prullenmand te verwijzen. Een eerste veelgehoord tegenargument beroept zich op het gevaar voor impulsieve zelfdodingen. Zo reageert Chabot op het voorstel om alle medicijnen vrijelijk verkrijgbaar te maken: "*Ik denk dat de macht van de dokter over de medicijnkast vaak bescherming biedt tegen impulsieve beslissingen om het leven van zich te werpen.*" (Chabot 1996: 157) Die bescherming tegen impulsiviteit kan echter in een zelfdodingspasil zelf ingebouwd worden. Het thanaticum zou uit een combinatie van verschillende middelen kunnen bestaan: het zou braakverwekkend zijn en slechts verdragen worden als enkele dagen voordien een antibraakmiddel ingenomen werd. Geen simpele fatale pil dus, maar

een combinatiepil: een eerste, op zichzelf onschuldige pil die ter voorbereiding moet worden ingenomen voor de tweede pil, wil die effectief zijn. Door zo'n ontwerp sluit je onbezonnenheid uit.

Het idee van een dergelijke combinatiepil kan meteen ook de tweede zorg milderend: de angst voor misbruik: de angst dat de letale middelen in verkeerde handen kunnen vallen en voor misdadige doeleinden worden gebruikt. Karin Spaink wijst erop dat de eerste pil zodanig kan worden samengesteld dat de slikker merkt wat hij ingenomen heeft, zodat hij beide pillen nooit ongemerkt door een ander toegediend kan krijgen. (Spaink 2001) Daarenboven lijkt het stiekem aanbieden van deze pillen me niet de meest evidente moordpoging. Er zijn veel simpelere manieren om een ander om het leven te brengen. In het algemeen zijn moordenaars immers niet bezorgd om de eventuele afgrijpselijke lijdensweg van hun slachtoffers. Drion schrijft: *“De echte misdadiger heeft overigens in onze huidige samenleving al genoeg mogelijkheden om aan dodelijk gif te komen, juist omdat hij niet is aangewezen op middelen voor een zachte dood.”* (Drion 1992: 121-122) Een laatste relatief frequent gebruikt tegenargument stelt dat een zelfdodingspakket onverantwoord is wegens het gevaar voor complicaties. Zoals bij ieder medicijn bestaat er natuurlijk een kleine kans dat er bijwerkingen optreden. Een absurd argument, alleszins uit de mond van tegenstanders van eender welke hulp bij zelfdoding: een persoon die sowieso zelfmoord pleegt, is proportioneel immers veel beter af mét zo'n zelfdodingspakket dan zonder. Maar voor zover ik weet is dit een typisch argument waarop voorstanders van *medische* hulp bij zelfdoding zich beroepen. Het komt mij echter voor dat de huidige farmaceutische wetenschappen het risico op complicaties zodanig kunnen indammen dat het bestaan van een zelfdodingspakket de geringe voordelen van doktershulp bij zelfdoding kan overtroeven (ut infra).

2.2.2.1. *De pil van Drion*

Wie denkt aan een zelfdodingspakket wordt meteen teruggekoppeld naar het debat over 'de pil van Drion'. Huib Drion besprak immers in zijn essay *“Het zelfgewilde einde van oude mensen”* in 1991 de wenselijkheid om oude mensen (van 75 jaar of ouder) de gelegenheid te geven middelen te verkrijgen bij een arts om op een moment dat hen zelf aangewezen lijkt op een aanvaardbare manier een einde aan hun leven te kunnen maken. Drion beperkte zijn voorstel dus tot hoogbejaarde mensen. De reden die hij daarvoor aanhaalt, is de volgende:

“Zelfmoord [richt] zich niet tegen het ik van het heden, maar [ontneemt] de mogelijkheid aan een ik die nog niet is, aan de toekomstige ik. En met zijn toekomstige ik voelt de gedepimeerde mens nauwelijks solidariteit. Voor zover hij al rationeel zou kunnen toegeven dat zijn toekomstige wezen vrij kan zijn van de levensaversie die hem nu vervult, is die gedachte hem eerder een bron van ergernis: ergernis over de ontrouw van die latere ik jegens de stemming van nu. Als dat zo is, zullen anderen, zal de samenleving voor de belangen van dat toekomstige ik van de tot zelfmoord geneigde moeten opkomen. Wat de samenleving betreft, deze doet dat dus, onder meer, door althans aan de meeste mensen de middelen te onthouden waarmee zij op een niet al te afstotende manier een eind aan hun leven kunnen maken.” (Drion 1992: 12)

Daartegenover zou een hoogbejaarde, volgens Drion, in het algemeen beter weten welk leven hij door zelfdoding de pas afsnijdt. Hier valt natuurlijk wel wat voor te zeggen, maar het lijkt me geen voldoende tegenwerping om een zelfdodingspakket van een ruimer publiek af te schermen. Drion heeft gelijk wanneer hij stelt dat zelfdoding de mogelijkheid ontnemt aan een toekomstig ik. Op basis van dit feit besluiten dat er voor deze mensen geen manier mag bestaan om op een waardige wijze uit het leven te stappen, vind ik echter een beetje overhaast. Is het niet aan elke mens zelf om te besluiten of hij dat toekomstige ik nog een kans wil geven? Is het niet logisch dat sommige mensen die het leven niet meer aankunnen zo snel mogelijk een einde aan hun lijden willen maken, zonder nog een onoverzienbare periode van psychisch leed te moeten doorploeieren, die immers geen enkele garantie biedt voor een gunstiger toekomstig ik? Daarenboven heb ik moeite met de representatie van het toekomstige ik als slachtoffer van z'n vernietiging door het huidige ik. Dat toekomstige ik bestaat dan simpelweg niet meer en kan zich dus ook niet over de zelfdoding berouwen.

De 'pil van Drion' onthouden aan mensen jonger dan 75 jaar lijkt mij om een tweede reden niet vanzelfsprekend. Voor ouderen is de dood ook zonder zelfdodingspakket nabij. De mogelijkheid om eigenhandig uit het leven te stappen wordt in feite des te meer prangend voor mensen wier dood niet om het hoekje schuilt. Net omdat die – verlossende – dood niet in de nabije toekomst te verwachten valt, is, in de woorden van Hardwig, *"their case for relieve (...) even more compelling."* (Hardwig 2000: 84) Voor mensen die psychisch lijden aan het leven is, zoals Karin Spaink treffend verwoordt, *"tijd – die mogelijk wonden heelt – geen bondgenoot, maar een vijand. Ze leven permanent in een tussentijd."* (Spaink 2001: 96)

Is het, tenslotte, de taak van de samenleving – zoals Drion oppert – om een buffer op te werpen tegen zelfdoding door mensen met een persistent doodsverlangen de dodelijke middelen zo goed als mogelijk te onthouden? Kuitert meent alvast van niet: *"Ons menselijk leven is niet het eigendom van de staat. Daar hoeft de staat ook niet over te waken. De staat hoeft er alleen maar voor te waken dat je niet ten onrechte van het leven wordt beroofd."* (Spaink 2001: 97) Of je wil leven of niet, is in eerste instantie aan jezelf. *"The right to do X does not mean that doing X is morally meritorious. We have a right to divorce our spouse, vote for a politician we know nothing about, eat until we are obese, or squander our money on lottery tickets. Thus, the phrase right to suicide (...) means only that agents of the state have no right or power to interfere, by prohibitions or punishments, with a person's decision to kill himself."* (Szasz 1992) Volgens Spaink heeft dan ook iedereen het recht om zich van het leven te beroven, en zelfs het recht om dat ten onrechte te doen. (Spaink 2001) Je kunt je ook ernstig vragen stellen bij het idee dat de samenleving de belangen van mensen diént door zelfdoding zo moeilijk en gruwelijk mogelijk te maken en te houden. Mensen die het leven werkelijk niet meer aankunnen, zullen zelfmoord plegen en waar staat men dan met zo'n restrictief beleid? Is het niet beter dat mensen die tot een dergelijke wanhoopsdaad gedreven worden, dan toch tenminste de middelen ter beschikking hebben om op een humane manier dit aardse leven achter zich te laten? Een keuze voor het minste van alle kwaad weliswaar. Waar is men trouwens bang voor? Moet zelfdoding soms moeilijk blijven? Ik denk dat Ton Vink gelijk heeft wanneer hij schrijft dat *"zelfdoding moeilijk was, moeilijk is, en moeilijk zal zijn"* (Vink 2005: 33), los van welke methode men ook hanteert. Het is dus maar

de vraag of bij het vrij beschikbaar stellen van zelfdodingspakketten het sterftecijfer plotsklaps drastisch zou toenemen.

2.2.2.2. *Zelfmoordepidemie?*

De angst dat een *vrije* toegang tot letale middelen tot massale sterfte zou leiden, is anders wel wijdverbreid en is een bron voor andere tegenargumenten. Zo schrijft Callahan: “*One of the reasons why most societies have refused to legitimate suicide as a routine way to relieve suffering is because of the need for solidarity in the face of suffering.*” (Callahan 1999: 28) We kunnen het menselijk leed inderdaad begrijpen als een sociaal bindmiddel dat het individuele lijden nu net draaglijker maakt. Het idee bijvoorbeeld dat ook je vrienden en familie ooit liefdesverdriet doorstaan hebben, kan jezelf troost bieden: een voorafspiegeling als het ware dat alles – hoe moeilijk het nu ook is – wel weer op zijn pootjes terecht komt. “*If others can do it, so can I.*” (Callahan 1999: 26) Mocht het merendeel van deze mensen de hand aan zichzelf geslagen hebben op het moment dat zij door lijden getroffen werden, waarom zou ik er dan nog voor vechten als eenzelfde leed mij te beurt valt? De premisse achter deze visie is echter dat zelfdoding als een gelegitimeerde handeling (doordat de samenleving bijvoorbeeld zelfdodingspakketten vrij ter beschikking stelt) ‘*a routine way to relieve suffering*’ zou zijn. Dat lijkt mij een wankele vooronderstelling. Een einde aan je leven stellen, is sowieso geen lachertje; het is een kwestie van het overwinnen van veel angsten en instincten. Samen met Spaink geloof ik dan ook dat “*zelfmoord niet per se hard en gewelddadig hoeft te zijn om mensen af te schrikken.*” (Spaink 2001: 98)

Onder meer het recente verleden biedt hiervoor de nodige evidentie. Voor de overgang op aardgas huisde de dood in elke Nederlandse keuken. Vóór 1963 wist iedere Nederlander dat je maar kieren rond ramen en deuren moest afdichten, het gas opendraaien en je hoofd in de oven leggen, wilde je vredig een einde aan je leven maken. Het keukenfornuis was een bekende, efficiënte en ‘milde’ suïcidemethode. Chabot merkt hierover op: “*Er [is] in ons recente verleden een sociaal experiment voorhanden, waaruit blijkt dat beschikbaarheid van het stadsgas niet heeft geleid tot een hoger aantal suïcides. De bezwaren die tegen Drions voorstel zijn ingebracht kunnen onderzocht worden op hun houdbaarheid aan de hand van gegevens uit de jaren dat dit effectieve middel binnen handbereik lag. Zeker is dat deze makkelijke weg naar de dood destijds niet tot het risico leidde dat wij nu daarvan vrezen: dat het vaker voor zal komen dat depressieve ouderen of impulsieve adolescenten zichzelf zullen doden. (...) Een doemscenario zaait angst, geen inzicht.*” (Chabot 1996: 216) In feite was de ‘pil van Drion’ dus ooit in elke keuken voor iedereen binnen handbereik, zonder dat het suïcidecijfer toen hoger lag dan na de overgang op aardgas. Drions voorbehoud van een zachte dood voor 75 plussers is dus niet zonder meer evident. Nu is het zo dat sinds de inslapmethode met dodelijke medicijnen de plaats innam van suïcide met koolmonoxide⁹, men nog maar moeilijk om de arts heen kan. Chabot aanvaardt deze status-quo echter zonder mor of vloek. Hoewel hij zich positief uitlaat over de tijd waarin er een vrije toegang tot een humane dood (het

⁹ Weliswaar kan men nog steeds zelfmoord plegen met koolmonoxide in uitlaatgassen, maar deze methode heeft nooit de bekendheid en populariteit gekregen van het keukenfornuis. Uitlaatgassen zijn slechts verantwoordelijk voor ongeveer 2% van alle suïcides. (Chabot 1996: 214)

dodelijke stadsgas) bestond, is het vrij verkrijgbaar brengen van medicijnen op de markt voor hem dan weer volstrekt uit den boze. “*Mijn uitgangspunt is dat het beheer van de arts over dodelijke middelen gerechtvaardigd wordt door ons gezamenlijk streven om, voor zover mogelijk, onbezonnen zelfdodingen te voorkomen*” (Chabot 1996: 227), schrijft hij, terwijl hij in zijn zelf beschreven ‘doemscenario’ lijkt te vervallen.

We zagen ook al dat een zelfdodingspakket niet met onbezonnenheid gepaard hoeft te gaan. Het cruciale bezwaar is echter dat artsen over het algemeen verre van opgezet zijn met hun rol als poortwachter van de medicijnkast (ut supra). Als je rekening houdt met de moeite en de afweerreflexen die artsen zelfs al bij de meest duidelijke gevallen van euthanasie overvallen en die hen tot een afwijzing van het verzoek doen besluiten, lijkt het mij duidelijk dat het praktisch onhaalbaar is om hulp bij *alle* zelfdoding – onafhankelijk van ziekte – naar artsen door te sluisen, zonder dat men in een totaal willekeurig systeem terecht komt en zonder dat het zelfbeschikkingsrecht als een pudding ineenzakt.

2.2.2.3. De voordelen

De vraag die misschien op menige lippen brandt: waarom? Waarom zouden we zo’n zelfdodingspakket vrij op de markt brengen? Mensen die fysiek in een goede toestand verkeren, kunnen het zelfbeschikkingsrecht tenslotte toch in eigen handen nemen en zichzelf doden? Treinen doorkruisen het hele land en touwen zijn toch overal te koop? We resumeren en zetten de voordelen van de beschikbaarheid van een zelfdodingspakket op een rijtje.

1. voordelen voor de suïcidant:

Het idee dat men een beroep kan doen op de letale middelen van zodra het leven werkelijk ondraaglijk wordt, kan een erg geruststellend gevoel met zich meebrengen. Het vormt de ideale basis tot uitstel. Wie is niet vertrouwd met het gevoel dat de sanitaire nood het hoogst is wanneer een toilet onbereikbaar blijkt, terwijl je soms uren met een volle blaas kan doorbrengen zolang je maar weet dat je iedere seconde naar de wc kan snellen. Natuurlijk kan je de nood aan sanitaire voorzieningen moeilijk op eenzelfde lijn plaatsen met een doodsverlangen, maar de analogie kan misschien toch aantonen dat de mogelijkheid de *conditio sine qua non* is tot uitstel en, wie weet – in het geval van suïcidaliteit – tot afstel.

Natuurlijk kan iedereen een gewelddadige zelfmoordpoging ondernemen. Verhanging blijkt een methode met een grote kans op slagen en een relatief korte dood. En wie voor de trein springt, heeft ook een hoog ‘slaagpercentage’. Erg humane methodes zijn dit echter niet. “*Dat zoveel mensen tot zo’n weerzinwekkende manier van doodgaan hun toevlucht nemen, geeft aan hoe groot de innerlijke nood is voor sommige mensen en hoe klein tegelijkertijd het aantal wegen dat voor hen open staat om het leven te verlaten.*” (Kuitert 1983: 183) De gedachte dat men altijd zijn toevlucht kan nemen tot dergelijke afschrikwekkende suïcidemethodes zal voor weinigen meer zijn dan maar een heel schrale troost. Enkele uitzonderingen niet te na besproken, is eenieder op zoek naar een efficiënte dood, een ‘milde’ dood. Een zelfdodingspakket zou hier soelaas kunnen brengen.

2. voordelen voor de nabestaanden

De zelfdoding van een dierbare is een werkelijke ramp. De pijn die overblijft na het wegvallen van een geliefde zal altijd onnoemelijk groot zijn. De rouwverwerking kan echter enigszins verzacht worden wanneer de zelfdoding op basis van een zelfdodingspakket voltrokken is. Vooreerst is het voor familie en vrienden een hele troost dat de persoon op een humane manier aan zijn einde is gekomen en niet zijn laatste uren in pijn of in verstikkingsdoodsnood doorgebracht heeft. Het gebruik van de letale middelen is overigens ook een indicatie voor de weloverwogenheid van de zelfdoding, daar er een zekere tijdsperiode en de nodige voorbereiding bij te pas komt. Nabestaanden hebben doorgaans toch liever dat de suïcidant dan toch tenminste zélf achter zijn dood stond en dat hij z'n wanhoopsdaad niet in een opwelling stelde. Ten derde biedt een zelfdodingspakket de mogelijkheid tot het voltrekken van de dood in overleg met en in aanwezigheid van dierbaren. In de zeldzame gevallen waar de zelfdoding in eigen kring uitgevoerd wordt, kunnen de omstanders op een waardige manier afscheid nemen van hun geliefde. Ten slotte sluit de vrije beschikking van zelfdodingspakketten de extreem traumatiserende ervaring van een confrontatie met een opgehangen, verbrijzelde of doodgebloede dierbare zo goed als uit. Dit zijn stuk voor stuk mijlpalen voor een gunstigere rouwverwerking.

3. voordelen voor derden

Doordat onze samenleving zo weinig middelen ter beschikking stelt om zonder toegevoegd lijden definitief in te slapen, zoeken heel wat mensen hun toevlucht tot een dood waarbij anderen ongewild tot getuigen of betrokkenen gemaakt worden. Denk aan de treinmachinist of de automobilist die, zonder dat hem enige schuld treft, de dood van een ander op zijn geweten heeft. Dergelijke gruwelbeelden zijn voer voor levenslange nachtmerries. Een zelfdodingspakket kan dergelijke ervaringen tot een absoluut minimum beperken. Zoals we zagen, kan het zelfdodingspakket ook in het voordeel zijn van artsen die daardoor nog amper met vragen voor hulp bij zelfdoding opgezadeld zullen worden. Hun beroep zal primair blijven staan waar het voor opgericht werd: levenshulp.

2.2.2.4. *De nadelen*

Het ziet ernaar uit dat de tegenargumenten zo goed als geen gewicht in de schaal leggen, terwijl de voordelen voor de suïcidant, de nabestaanden en derden wel degelijk doorwegen. Met andere woorden: waar wachten we op: breng dat zelfdodingspakket maar op de markt? Meteen overvalt ons de vraag: waar? Als we pleiten voor een vrije beschikbaarheid van letale middelen, *waar* moeten we die middelen dan te koop aanbieden? De apotheek lijkt hiervoor het eerst in aanmerking te komen. Eerlijke prijs, kwaliteit gegarandeerd en discretie verzekerd. Het grote probleem hier zijn echter de apothekers zelf voor wie het vrij verschaffen van letale middelen voor velen tegen hun beroepsethiek en tegen hun geweten indruist. Wat is het alternatief? De zwarte markt? De zwarte markt heeft echter twee nadelen: ten eerste zullen de welgestelde mensen zich gemakkelijker van een zachte zelfdoding kunnen verzekeren dan anderen. Ten tweede biedt deze uitsluitend op geld beluste handel absoluut geen zekerheid wat de kwaliteit van de producten betreft.

We laten de ‘waar?’-vraag even rusten en wenden ons tot een andere opwerping, geuit door Chabot: “*Doe-het-zelf-methoden (...) vergroten het risico dat de levenshulp buitenspel komt te staan die een arts mogelijk kan bieden. De arts kan een veilige gesprekspartner zijn die niet nodeloos dreigt met een gedwongen opname.*” (Chabot 1996: 206) Een thema dat hierboven al opdook: levenshulp onder het mom van stervenshulp. Hoewel ik denk dat de arts niet de geschikte persoon is om mensen in hun doodsverlangen te begeleiden, is het inderdaad een bekend verschijnsel dat het openlijk bespreken van het doodsverlangen een kentering teweeg kan brengen. Niet zelden wordt het plan tot zelfdoding dan aan de kant geschoven. De vrije verstrekking van letale middelen zou hier wel eens roet in het eten kunnen strooien. Mensen hebben dan geen directe reden meer om hun zelfdodingsplannen met anderen te bespreken wanneer zij een zachte dood willen bewerkstelligen. Voor de thanatica zijn zij immers niet op anderen aangewezen. Natuurlijk zou je de verkoop van een zelfdodingpakket gepaard kunnen laten gaan met de mogelijkheid of de verplichting tot een openhartig gesprek. Het grondig doorspreken van een doodsverlangen hoeft immers niet met een strikte toetsing van motieven of met ontrading als grondtoon gepaard te gaan. Dit bewijst de Nederlandse Stichting De Einder (<http://deeer.nl/>), die mensen met een doodswens begeleidt met respect voor de autonomie van de hulpzoekenden. Deze stichting wil ertoe bijdragen dat mensen die zichzelf willen doden en om hulp vragen, in hun wens worden gerespecteerd en dat ze worden begeleid in het maken van weloverwogen keuzes. De counselors van de stichting bieden uitsluitend gesprekken aan. Een dergelijke stichting zou perfect te rijmen vallen met de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten: mensen die hierom verzoeken kunnen in hun doodsverlangen begeleid worden. Maar de vraag is natuurlijk hoeveel mensen zich tot begeleiding geroepen voelen en of de verdoken levenshulp voor het gros van de aanstaande suïcidanten toch niet onder de zware voet van het zelfdodingspakket verpulverd wordt. Misschien valt er iets voor te zeggen een dergelijk soort stichting als noodzakelijk tussenstation in te roepen. Mensen wenden zich tot zo’n instantie (of de counselors komen bij verzwakking aan huis) en krijgen de middelen *sowieso* in handen ná een afgelijnde gesprekstijd waarin zij voor zichzelf hun redenen nog eens even op een rijtje zetten. Geen sprake dus van een doodsexamen, oftewel: iedereen slaagt! Op die manier kan je de moeilijkheden die normaliter met de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten gepaard gaan omzeilen: de letale middelen kunnen op specifieke plaatsen afgehaald worden, de doodswens wordt openhartig besproken zonder dat de aangegeven motivatie mogelijkerwijze invloed kan uitoefenen op het wel of niet verstrekken van het zelfdodingspakket en de eventuele kans op complicaties kan tot een absoluut minimum beperkt worden door de constellatie van de letale middelen direct op de specifieke persoon af te stellen. Het is wel maar de vraag of er (voldoende) capabele kandidaten zijn die zich, in de woorden van Hermans, tot “*blinde executeurs van de autonome wil van zijn medeburgers*” willen laten reduceren. Immers, jezelf als expert opwerpen in het toetsen van de weloverwogenheid van iemand verzoeken op grond daarvan besluiten wie je wel of niet helpt, is één ding, maar een neutraal en open gesprek voeren zonder dat jouw interne besluitvorming achteraf ook maar iets ter zake doet bij het verstrekken van de middelen, is een heel andere zaak.

2.3. *Medische hulp bij zelfdoding, gecontroleerde stervenshulp of het vrij verstrekken van zelfdodingspakketten?*

Het blijft wikken en wegen. Een ideale oplossing is er niet. Natuurlijk zouden we niet liever willen dan dat iedereen overstelpt is van levensvreugde, maar we moeten de realiteit voor ogen houden: een realiteit waarin zich dagelijks een zevental mensen op gewelddadige wijze het leven benemen. Een zelfdoding is een uitermate treurige aangelegenheid en zal dat ook altijd blijven. In deze context kan er dan ook moeilijk sprake zijn van een *ideaalscenario*. Het komt erop aan te kijken hoe we het leed van alle partijen *zo klein mogelijk* kunnen houden. We recapituleren de verschillende suggesties en gaan na welk van hen deze functie het best zou kunnen vervullen.

Er gaan heel wat stemmen op voor *medische hulp bij zelfdoding*: de arts begeleidt en helpt de betrokkene bij het realiseren van zijn laatste wens. Ondanks de trefzekerheid van een milde dood, kunnen we veel vraagtekens plaatsen bij een dergelijke praktijk. Ten eerste is het de vraag of de dood op die manier niet al te zeer gemedicaliseerd wordt. Szasz spreekt over medische hulp bij zelfdoding als “*just another step in the medicalization of life*” (Szasz 1992). We schuiven onze verantwoordelijkheid al te gemakkelijk door naar de artsen, die hier over het algemeen absoluut niet mee opgezet zijn. Dat is meteen een tweede bezwaar. Artsen betreuren (en weigeren) doorgaans al hun actieve rol bij de duidelijke gevallen van euthanasie, laat staan dat zij de hulp bij zelfdoding om louter psychische redenen op zich willen nemen. De enkele artsen die dit wel met hun geweten in overeenstemming zouden kunnen brengen, kunnen het systeem niet draaiende houden. Aangezien we anderen geen plicht tot levensbeëindiging kunnen opdringen, is het willekeur troef! Een derde kanttekening kan gemaakt worden bij het paternalisme dat we met *physician-assisted suicide* noodgedwongen vestigen. De arts krijgt het laatste woord in de *end of life decisions* en legt zo het zelfbeschikkingsrecht van de betrokkene aan banden. Wie medische hulp bij zelfdoding voorstaat moet dus niet enkel principiële bezwaren weerleggen of ze als aanvaardbaar behouden, maar moet tevens een oplossing kunnen formuleren voor de praktische problemen. Hoe zou het mogelijk zijn een werkbaar systeem te bekomen op grond van *physician-assisted suicide*, als je zelfs al in de meest welomlijnde gevallen de terughoudendheid van artsen opmerkt? En wie slaagt erin duidelijke en rechtvaardige criteria voor stervenshulp op te stellen zonder fysiek en psychisch lijden artificieel van elkaar te scheiden?

Voornamelijk vanwege de maatschappelijke roep om zelfbeschikking zijn er recent voorstellen gedaan tot een vorm van hulp bij zelfdoding waarbij de arts niet de hoofdrol toebedeeld krijgt. Bij deze *gecontroleerde stervenshulp* werkt men met een interdisciplinair team waarin weliswaar een arts zetelt die verantwoordelijkheid gesteld wordt voor de zuiver medische aangelegenheden, maar geen monopolie heeft over de besluitvorming. Hoewel men het graag laat uitschijnen alsof het zelfbeschikkingsrecht daarvoor gered is, ondergraven de zorgvuldigheidseisen waarover het team waakt dit recht in principe evengoed. In vergelijking met medische hulp bij zelfdoding heeft deze vorm van gecontroleerde stervenshulp wel het voordeel dat medicalisering enigszins tegengegaan wordt en dat artsen niet tegen hun wil een rol opgeduwd krijgen die zij niet wensen: het team werkt immers op vrijwillige basis. De principiële bezwaren zijn hier grotendeels afgeworpen, maar de vraag naar de praktische uitvoerbaarheid wordt er niet kleiner op. Wie zal er in staat zijn de broodnodige criteria op te stellen zodat we niet zijn

aangewezen op het willekeurige oordeel van een ander? En – laten we eerlijk zijn – mocht iemand zich ooit al aan deze aartsmoeilijke taak wagen, zouden die criteria dan ook niet ten gronde op arbitraire bepalingen steunen en eveneens het zelfbeschikkingsrecht kortwieken? Waar de dood via gecontroleerde stervenshulp bereikt wordt, is het levenseinde juist niét een zaak van de mensen zelf. Daarin schuilt misschien ook voor een deel zijn aantrekkingskracht. Zo houdt Szasz vol dat “*our longing for doctors to give us lethal drugs betokens our desire to evade responsibility for giving such drugs to ourselves.*” (Szasz 1992)

Szasz werpt zich dus op als één van de weinige voorvechters van de vrije verstrekking van letale middelen. Zoals we zagen, heeft de beschikbaarheid van een zelfdodingspakket belangrijke voordelen voor de aanstaande suïcidant, de nabestaanden en onpersoonlijke derden, voordelen die medische en ‘niet-medische’ hulp bij zelfdoding in principe grofweg ook genieten, maar met dat verschil dat praktische bezwaren deze voordelen niet in de weg staan: de zelfbeschikking is maximaal, de belasting van anderen is zo goed als gelijk aan nul en verfijnde (en dus weer beperkende) criteria zijn overbodig. Waar gecontroleerde stervenshulp in hetzelfde bedje ziek is als medische hulp bij zelfdoding en dus in willekeur en in een aantasting van de zelfbeschikking vervalt, ontglipt het aanbod van zelfdodingspakketten aan dit euvel door de verantwoordelijkheid volop terug te plaatsen waar zij tenslotte hoort: bij de suïcidant zélf. Natuurlijk is niet iedereen in staat het recht in eigen handen te nemen en het is hier dat er dan toch een grote en wezenlijke rol is weggelegd voor medische hulp bij zelfdoding. Het recht op zelfdoding behoort ook toe aan mensen van wie hun geestelijke vermogens zozeer zijn aangetast door dementie dat zij de wens van hun ‘vroegere ik’ niet langer kennen en aan mensen die, van top tot teen verlamd, de middelen niet meer zelf kunnen innemen. Doktershulp bij zelfdoding en euthanasie zou men in feite voor dit soort schrijnende gevallen moeten voorbehouden. De zelfbeschikking kan hier maar uitgeoefend worden mits bijstand van anderen. Maar geef hen die zelf kúnnen beschikken hiertoe de mogelijkheid, ondanks twee duidelijke minpunten: ten eerste dat de verdoken levenshulp niet gegarandeerd is en ten tweede dat de arts niet disponibel is als er onverhoeds complicaties optreden. Die minpunten moeten we dan inderdaad, in de woorden van Chabot, opvatten als “*de prijs die de zelfredzame burger betaalt voor zijn onafhankelijkheid van de dokter.*” (Chabot 1996: 244) Maar is die prijs de onafhankelijkheid niet waard?

Besluit

Wie dood wil en geen ongeneeslijke aandoening heeft, is in onze samenleving het haasje. Het is een merkwaardig gegeven dat onze maatschappij het taboe dat op de dood rust in die mate bestendigt, dat zij liever de schrijnende, gewelddadige zelfdodingen accepteert, dan zelf een helpend handje toe te steken en te voorzien in de mogelijkheden voor een mild levenseinde. Maar haar medeplichtigheid gaat verder dan het passief weggijken. Op actieve wijze tracht de overheid zelfdoding weg te moffelen door de aanvaardbare wegen daartoe zo goed mogelijk af te sluiten: doeltreffende letale middelen werden óf van de markt gehaald óf enkel op doktersvoorschrift verkrijgbaar gesteld; dwingende zelfmoordpreventiemaatregelen worden aangemoedigd.

Op een efficiënte en humane manier een einde aan je leven stellen, is mede daardoor allesbehalve een lachertje: een zachte dood is geen kinderspel. Wel kent euthanasie in ons land ondertussen een brede maatschappelijke goedkeuring. De tijd dat het aftakelingsproces tot het bittere einde moest geleden worden, ervaren we in toenemende mate als onwaardig, ook al blijft de concrete uitvoering ervan nog vaak een heikel punt, precies omdat euthanasie een *recht* is dat geen enkele arts met een *plicht* tot de dodende handeling opzadelt. Het recht op een waardige dood wordt vandaag de dag voorbehouden aan volwassenen met ernstige en ongeneeslijke aandoeningen die aanhoudend en ondraaglijk fysiek of psychisch lijden. Hoewel euthanasie op basis van psychisch leed in principe dus tot de mogelijkheden behoort, is het publiek begrip en de daadkracht in de praktijk aanzienlijk groter wanneer het verzoek door een duidelijk lichamelijk lijden ingegeven wordt. We zagen hoe dit een onaanvaardbaar staaltje is van een verzonnen distictie tussen de ervaring van psychisch en fysiek lijden: elk pijngevoel wordt immers ultiem door het brein voortgebracht. Maar niet enkel in de omgang met, maar ook in de euthanasiewet zélf zit dit onderscheid besloten: psychisch leed moet immers altijd van een medisch te diagnosticeren ongeneeslijke aandoening vergezeld worden vooraleer de euthanasieaanvraag ingewilligd mag worden. De reden is duidelijk: anders dan bij euthanasie ten gevolge van fysieke pijn, bestaan er voor euthanasie bij psychisch leed geen criteria. Maar het feit dat lichamelijke aandoeningen objectiveerbaar zijn is een *extern* gegeven, en het maakt hulp bij zelfdoding op basis van *principiële* gronden zeker niet meer toelaatbaar dan bij louter psychisch leed.

Het zelfbeschikkingsrecht geeft ieder mens in principe de vrijheid om over zijn eigen lichaam, leven en lot te beschikken. In dit artikel zagen we hoe dit recht binnen de huidige wetgeving op het altaar van de medische besluitvorming opgeofferd wordt. De vrije verkoop van letale middelen werd aan banden gelegd, het doktersrecept is nu een *concitio sine qua non* voor de verstrekking ervan. Dat houdt een dubbel nadeel in: de kandidaat suïcidant die kiest voor een milde dood is hiervoor afhankelijk van de arts, en omgekeerd wordt de medicus opgezadeld met een taak waar hij zelf nooit voor gekozen heeft. De mogelijkheid tot gecontroleerde stervenshulp zou volgens velen deze paternalistische route de pas kunnen afsnijden en de menselijke zelfbeschikking in zijn eer weten te herstellen. Hoewel de doelstellingen van de Nederlandse Stichting Vrijwillig Leven prijzenswaardig zijn en voor het individu daadwerkelijk een uitweg zouden kunnen bieden, bleef op de ruimere vraag of gecontroleerde stervenshulp vroeg of laat een *algemene* oplossing kan zijn voor *alle* mensen die om welke reden dan ook een milde dood willen sterven, een positief antwoord verschuldigd. Immers: als er al ooit iemand in staat zou zijn de onmisbare criteria op te stellen om zo de willekeur tegen te gaan, in hoeverre nemen de vooropgestelde criteria de mens zijn zelfbeschikking dan toch niet automatisch uit handen?

Maar is zo'n gecontroleerde stervenshulp *überhaupt* wel nodig? Kan de mens met de prima begeleiding van de wijd verspreide 'doe-het-zelf' handboeken niet efficiënt op eigen houtje zijn zachte dood bewerkstelligen? Helaas... onze analyse wees uit dat deze boeken in feite slechts voor één ding goed zijn: ze fungeren als gevarendriehoek voor de vele schadelijke, ondoeltreffende en angstaanjagende suïcidemethodes. De beschreven benodigde middelen zijn immers nauwelijks te verkrijgen. Waarom dan niet een zelfdodingspakket op de markt brengen? We weerlegden de meest courant aangehaalde tegenargumenten – het gevaar voor impulsiviteit, voor misbruik en voor complicaties –

en toonden aan waarom het beperken van de toegang tot letale middelen aan hoogbejaarde mensen geen steek houdt. Een zelfdodingspakket lijkt de enig mogelijke optie: het omzeilt metterdaad de medicalisering, het paternalisme en de druk op artsen wat de medische hulp bij zelfdoding betreft, en kan tegelijk paal en perk stellen aan de willekeur en de beknutting van de zelfbeschikking, die immers inherent is aan elke vorm van gecontroleerde stervenshulp. Maar natuurlijk is ook een zelfdodingspakket niet alleenzaligmakend. Ten opzichte van de begeleide hulp bij zelfdoding zijn er aan de vrije toegankelijkheid van letale middelen twee duidelijke nadelen verbonden: (1) er is geen arts op post om, indien nodig, alsnog de dood te bespoedigen en (2) de indirecte levenshulp is door de afwezigheid van een verplicht gesprek niet gewaarborgd.

De vraag is maar welke nadelen we in onze samenleving kunnen en willen tolereren. Een zelfdoding is een uitermate trieste aangelegenheid en zal dat altijd blijven. Maar wat is de logica achter de huidige maatschappelijk inspanningen om een doeltreffende en zachte zelfdoding zo moeilijk mogelijk te maken? Het is duidelijk dat het restrictieve beleid er niet in slaagt het hoge zelfdodingscijfer in de kiem te smoren. Is het dan niet beter een zelfdodingspakket te accepteren, zodat wie er dan toch een eind aan zal maken, dit tenminste op een humane en efficiënte manier kan afhandelen? Waarom niet doelbewust voor het minste van alle kwaad kiezen?

Literatuur

- BRAECKMAN, J., DISTELMANS, W., VAN DEN ENDEN, H. "Psychische pijn en menselijk leed". Kwartaalblad Recht op Waardig Sterven, 18de jaargang, nr. 789, 2000, p. 10-18
- CHABOT, B.E. Sterfwerk. De dramaturgie van zelfdoding in eigen kring. Nijmegen: SUN. 2001
- CHABOT, B.E. Sterven op drift. Over doodsverlangen en onmacht. Nijmegen: SUN. 1996
- DRION, H. Het zelfgewilde einde van oude mensen. Met reacties van C. J. Enschedé, H. Kuitert en anderen. Amsterdam: Uitgeverij Balans. 1992
- DUCATELLE, C. et al. "Euthanasie en Psychiatrie: Huidige situatie in België binnen een internationaal perspectief." Uit Tijdschrift voor geneeskunde, Vol. 61, nr. 2, 2005, p. 83-96
- DWORKIN, GERALD; FREY, R.G.; BOK, SISSELA. Euthanasia and physician-assisted suicide. Cambridge/ New York/ Melbourne: Cambridge University Press. 1998
- HARDWIG, JOHN. Is there a duty to die? And other essays in Medical Ethics. New York/Londen: Routledge. 2000
- HUMPRHY, DEREK. Waardig sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding. Vertaald door Francine Spiering. Antwerpen: Uitgeverij Jan Mets. 1992

- KASS, LÉON R. "Suicide Made Easy: The Evil of 'Rational' Humaneness". Commentary, December, 1991, pp. 19-24.
- KUITERT, H.M. Suïcide: wat is er tegen? Zelfdoding in moreel perspecief. Baarn: Ten Have. 1983
- OSGOOD, NANCY J. "Assisted suicide and older people – A deadly combination: ethical problems in permitting assisted suicide". Issues in Law & Medicine, Vol. 10, nr. 4, Maart, 1995, p. 415-436
- SPAINK, KARIN. De dood in doordrukstrip. Over dood, euthanasie en zelfmoord. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar. 2001
- SZASZ, THOMAS. "The fatal temptation: Drug Prohibition and the Fear of autonomy". Daedalus. Political pharmacology: thinking about drugs. Vol. 121, nr.3, 1992, p.161-164
- VAN DEN ENDEN, HUGO. Op het scherp van de rede. Veertig jaar kritisch denken. Samengesteld door Johan Braeckman en Martin De Vlieghere. Antwerpen/ Apeldoorn: Garant. 2003
- VERZELE, MAURITS. De milde dood. Zelfdoding en euthanasie. Berchem: Uitgeverij EPO. 1994
- VINK, TON. "Artikel 294 Sr, of: 'moet zelfmoord moeilijk blijven?'"', SVL Nieuws, uitgave nr. 15, oktober 2005, p. 33-36