

HULP BIJ ZELFDODING

Zwitserland in de polder...?

Voorwoord

Onze euthanasiewetgeving biedt niet voor iedereen uitkomst. Wel voor mensen met een somatische ziekte. Maar mensen met een psychiatrisch ziektebeeld of met een voltooid leven vinden zelden gehoor voor hun overigens weloverwogen en vaak invoelbare doodswens. De NVVE vindt dit onrechtvaardig en probeert al jaren deze mensen te steunen, maar zij heeft daarvoor heel weinig ruimte. Artikel 294 van het *Wetboek van Strafrecht* staat ons in de weg. Artsen maken van de mogelijkheden die dit artikel biedt nauwelijks tot geen gebruik voor de genoemde groepen en niet-medici ('gewone' mensen dus) mógen hiervan geen gebruik maken: zij mogen, als iemand ervoor kiest het leven te verlaten, deze persoon daarbij niet helpen. Doen ze het wel dan kunnen ze in de gevangenis belanden.

In Zwitserland is de wetgeving anders. Kort gezegd is daar iemand die niet uit eigenbelang hulp bij zelfdoding verleent, niet strafbaar. En dan gaat het in eerste instantie over 'gewone mensen', over niet-medische hulpverleners. Ligt in het 'Zwitserse model' een aanzet voor de oplossing van de moeilijkheden in Nederland?

Op het jaarlijkse symposium van de NVVE hebben we ons met allerlei aspecten van deze vraag beziggehouden. De Nederlandse sprekers kwamen tot verbazingwekkende conclusies. Weyers liet ons zien dat er in Nederland tot in de jaren tachtig eigenlijk een vergelijkbare praktijk bestond als in Zwitserland. Maar door allerlei oorzaken zijn we daarna een andere, medische, weg ingeslagen. En Sutorius maakte ons duidelijk dat artikel 294 eigenlijk niet is gemaakt voor de situatie waarvoor het nu wordt gebruikt. De Zwitser Sobel schetste de situatie in Zwitserland, mede aan de hand van een interessante casus.

In de middag waren er een mini-symposium over hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten en een workshop over niet-medische ondersteuning bij zelfdoding. In beide liep men op tegen de grenzen van artikel 294. Het Zwitserse model trekt andere grenzen. Misschien is het tijd, zoals een van de sprekers zijn verhaal afsloot, om voor de oplossing van dit vraagstuk eens naar het buitenland te kijken en te luisteren. Op dit symposium maakte de NVVE hiermee een begin.

NVVE
Postbus 75331
1070 AH Amsterdam
Telefoon: 0900-606 06 06 (€ 0,20 p.m.)
E-mail: euthanasie@nvve.nl
Website: www.nvve.nl

Redactie: Magda van der Grijn
Vormgeving: Kees Wagenaars, Breda
Foto's: Charlotte Bogaert, Haarlem

ISBN 978-90-74500-65-4

© NVVE, Amsterdam 2007
Gedeeltelijke overname is toegestaan met bronvermelding
en kennisgeving aan de NVVE.

De kennisneming van de normering en de praktijk in een ander land relateert de vanzelfsprekendheid van de situatie in eigen land. Het Zwitserse model bepaalt ons bij de kern van waar het over gaat: het veiligstellen van de vrijheid om met belangeloze hulp van een ander te mogen sterven.

Rob Jonquière, directeur NVVE
Amsterdam, maart 2007

Inhoud

Voorwoord	3
<i>Heleen Weyers</i> Niet medische hulp: verleden en toekomst	7
<i>Eugène Sutorius</i> Nieuwe perspectieven voor een waardig sterfbed	19
<i>Jérôme Sobel</i> Het Zwitserse model	31
<i>Fred Verbakel</i> Verslag minisymposium 'Vragen vanuit de psychiatrie'	45
<i>Marleen Peters</i> Verslag workshop 'Niet-medische ondersteuning bij zelfdoding'	51
Artikel 293 en artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht	59
Jurisprudentie	60



Dr. H.A.M. Weyers is rechtssocioloog en universitair docent aan de Universiteit van Groningen.

Niet-medische hulp: verleden en toekomst

Heleen Weyers

Stel u voor: Het is 1983 en u overweegt een ernstig lijdende vriendin te helpen bij haar zelfdoding. U bent zo verstandig om alvorens dat te doen na te gaan wat de juridische situatie is. U vraagt zich af: Wat is de wettelijke regeling? En omdat u wel weet dat de reikwijdte van strafrechtelijke bepalingen pas in de toepassing door de rechter echt duidelijk wordt, vraagt u zich af of er rechtszaken op het terrein van de hulp bij levensbeëindiging zijn geweest.

Wetboek van Strafrecht

De artikelen in het *Wetboek van Strafrecht* waar hulp bij vrijwillige levensbeëindiging genoemd wordt treft men aan onder titel XIX: 'Misdrijven tegen het leven gericht'. Onder deze titel vindt men op de eerste plaats in artikel 287 de opzettelijke levensberoving (doodslag). Verder in artikel 289 een zwaardere vorm van doodslag te weten moord en in artikel 293 een lichtere vorm van doodslag: levensberoving op uitdrukkelijk en ernstig verlangen. Verder vindt men er – naast bepalingen die voor het onderwerp van deze bijdrage niet belangrijk zijn – artikel 294 over hulp bij zelfdoding. Al de genoemde handelingen zijn strafbaar gesteld; de maximale straffen voor hulp bij vrijwillige levensbeëindiging variëren van drie jaar (artikel 294) tot twaalf jaar (artikel 293).

Vijf rechtszaken tussen 1886 en 1969

Inzicht krijgen in de rechterlijke beoordeling van gevallen waarin er sprake lijkt te zijn van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging is heel wat moeilijker. De journalist Ben Herbergs heeft drie zaken weten te achterhalen waarin sprake is geweest van een verzoek om een dergelijke hulp, zaken die zich afgespeeld hebben tussen 1886 (het jaar waarin het *Wetboek van Strafrecht* in werking trad) en 1969 (het jaar waarin de maatschappelijke discussie over hulp bij een vrijwillig levenseinde definitief losbarstte). Daarnaast zijn er nog twee zaken die algemener bekend zijn. Op een na betrof het allemaal zaken van niet-medisch hulp.

Het eerste geval deed zich voor in 1908 in Amsterdam. Het betrof een stuurman die zijn verloofde op haar verzoek met een pistool

neerschoot, maar niet dodelijk trof. Wegens poging tot levensberoving op verzoek, werd hij veroordeeld tot twee jaar gevangenisstraf. Twee jaar later stond een 21-jarige magazijnbediende voor de Rechtbank in Amsterdam. Hij had zijn 17-jarige vriendin – naar zijn zeggen op haar verzoek – met revolverschoten om het leven gebracht. De man werd tot tien jaar veroordeeld wegens moord. De rechters vonden artikel 293 niet van toepassing, omdat het niet ging om een uitdrukkelijk en ernstig verlangen.

Verder is bekend dat de schrijver Hein Boeken in 1916 terechtstaan heeft voor doodslag. Het echtpaar Boeken verloor hun zoontje en bleef kinderloos achter. Mevrouw Boeken werd daardoor psychisch ziek en vroeg haar man haar te doden wanneer ze nog eens in een crisis zou geraken. Hij zei haar dat toe en toen de volgende crisis kwam, gaf hij haar een overdosis slaappoeders. Boeken werd geen straf opgelegd vanwege de psychische ontreddeering waarin hij zich op het moment van de daad bevond.

Een vierde geval betrof een kantoorbediende die zijn zwangere vriendin wurgde. De man werd veroordeeld wegens doodslag en ging daartegen in cassatie. In zijn optiek waren de Rechtbank en het Hof niet ingegaan op zijn verweer dat hij handelde op verzoek van het meisje. Zij wilde geen abortus maar ze wilde ook niet haar ouders te schande maken. In 1944 oordeelde de Hoge Raad dat het handelen van de man inderdaad aan artikel 293 moest worden getoetst. Van deze zaak is het eindvonnis niet bekend.

In 1952 speelde er voor het eerst een zaak waarin een arts betrokken is geweest. Het betrof een dokter die zijn broer, die leed aan een zeer belastende vorm van tuberculose, met behulp van geneesmiddelen hielp sterven (hij werd – wegens levensberoving op verzoek – veroordeeld tot een gevangenisstraf van één jaar voorwaardelijk met een proeftijd van één jaar).

Rechtszaken tussen 1969 en 1983

In 1969 is het debat over de levensbeëindiging op verzoek in Nederland echt begonnen. In de periode 1969-1983 is er opnieuw één zaak geweest waarbij een dokter betrokken was en opnieuw ging het om een dokter die niet een eigen patiënt hielp maar een familielid. Dit is de zaak van mevrouw Postma die haar moeder hielp sterven door haar een grote dosis morfine te geven. Mevrouw

Postma is veroordeeld tot één week voorwaardelijk met een proeftijd van één jaar (artikel 293). Naast de zaak-Postma zijn er in deze periode vijf rechtszaken geweest tegen niet-medici die iemand hielpen met de gewenste dood.

In 1969 bracht een 60-jarige *barkeeper* uit Amsterdam zijn ongeneeslijk zieke vrouw door wurging om het leven. De vrouw die volledig verlamd was en niet meer kon spreken, had hem diverse malen te kennen gegeven dat zij wilde sterven. De man had zijn vrouw lange tijd liefdevol verzorgd. De behandelend arts weigerde euthanasie toe te passen. De *barkeeper* werd veroordeeld tot zeven maanden gevangenisstraf met aftrek van een half jaar voorarrest en één maand voorwaardelijk met een proeftijd van drie jaar (artikel 293). In 1978 stond voor de Rechtbank in Utrecht een 32-jarige man terecht die zijn twintig jaar oudere ‘pleegmoeder’ gewurgd had. Hij deed dat nadat zij zelf urenlange hopeloze pogingen had gedaan om een einde aan haar leven te maken (ze probeerde het met ondeugdelijke slaapmiddelen, ze deed een poging tot het doorsnijden van haar polsen en probeerde zichzelf op te hangen). De man werd veroordeeld tot een gevangenisstraf van anderhalf jaar (artikel 293).

In 1980 stond een 59-jarige kraanmachinist terecht voor de Rechtbank in Rotterdam omdat hij zijn vrouw had geholpen zich het leven te benemen. De vrouw werd al jaren psychiatrisch behandeld en ze vreesde gedwongen opname. Pogingen om zelf een einde aan haar leven te maken met medicijnen die ze in huis had waren mislukt. In gezamenlijk overleg besloot het echtpaar dat hij iets in elkaar zou knutselen waarmee zij zich met gebruikmaking van gas kon doden. Deze poging slaagde. De man werd veroordeeld tot zes maanden onvoorwaardelijk (artikel 294).

In 1981 stond mevrouw Wertheim terecht. Zij hielp een 67-jarige weduwe met haar dood door een dertigtal slaaptabletten (Vesparax) te mengen met chocoladevla en die aan de vrouw te voeren. Mevrouw Wertheim werd strafbaar gevonden maar kreeg, gezien haar psychische en lichamelijke conditie, een voorwaardelijke gevangenisstraf opgelegd van zes maanden met een proeftijd van één jaar, onder gelijktijdige oplegging van een ‘huisarrest’ (artikel 294).

In Utrecht stond in 1983 een man terecht die voor zijn ernstig lijdende vrouw Vesparax-tabletten in Zwitserland had gekocht met behulp waarvan zij een einde aan haar leven maakte. Hij werd veroordeeld

tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden met een proeftijd van één dag (artikel 294). De Rechtbank merkte op met deze proeftijd uiting te willen geven aan de overtuiging dat de voorwaardelijk opgelegde straf niet ten uitvoer moest worden gebracht.

Juridische situatie niet-medische hulp in 1983

Tussen 1969 en 1983 zien we wat de rechtszaken betreft een aantal kenmerken die overeenkomen met die van zaken uit de periode 1886-1945:

- Geen zaken tegen behandelend artsen (wat niet betekent dat die nooit hulp bij levensbeëindiging hebben verleend);
- De wijze waarop men sterft is over het algemeen niet wat wij waardig plegen te noemen;
- De niet-artsen die hulp bieden, lijken – met uitzondering van mevrouw Wertheim – geïsoleerde wanhopige mensen.

De rechtszaken Postma (1973) en Wertheim (1981) zijn anders dan de andere rechtszaken. Zij verschillen ervan doordat er gesproken werd over eisen van zorgvuldigheid waaraan hulp bij het gewenste levenseinde zou moeten voldoen. Alleen de zaak-Wertheim is interessant voor het denken over niet-medische hulp bij het gewenste levenseinde.

In de zaak-Wertheim formuleerde de Rechtbank Rotterdam de volgende zorgvuldigheidseisen:

- Er is sprake van lichamelijk of psychisch lijden dat door de persoon zelf wordt ervaren als ondraaglijk;
- Zowel dit lijden als het verlangen naar de dood is duurzaam;
- Het besluit tot levensbeëindiging is vrijwillig genomen;
- De persoon heeft een goed besef van de situatie waarin hij verkeert, alsmede van de alternatieve mogelijkheden;
- Hij is in staat een en ander tegen elkaar af te wegen en heeft dat ook gedaan;
- Er is geen redelijk andere oplossing om verbetering in de situatie te brengen;
- Door de dood wordt geen onnodig leed aan anderen toegebracht.

Als bijkomende eisen stelde de Rechtbank:

- De beslissing om hulp te verlenen wordt niet door één persoon genomen;
- Bij de beslissing om hulp te verlenen is altijd een arts betrokken, die het te gebruiken middel zal voorschrijven;
- Voorts dient bij de beslissing om hulp te verlenen en bij de hulp zelf de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht te worden genomen. De Rechtbank denkt daarbij bijvoorbeeld, wanneer de betrokkene in de stervensfase verkeert, aan het plegen van collegiaal overleg door de arts of, wanneer de stervensfase nog niet is aangebroken, aan het raadplegen van nog een andere deskundige, zoals een psychiater, psycholoog of sociaal werker.

Welke conclusie kunnen we nu trekken wat betreft de juridische situatie met betrekking tot hulp bij zelfdoding door een niet-medicus in 1983?

- Het mag niet;
- Er zijn niet veel rechtszaken geweest en van de zaken tot 1952 weten we eigenlijk weinig;
- In de beginperiode worden mensen met name veroordeeld voor levensbeëindiging op verzoek. Later verschuift dat naar hulp bij zelfdoding. Uit de zaak Wertheim blijkt dat die keuze niet helemaal is ingegeven door de activiteit van de helper;
- Bij gebruik van geneesmiddelen lijkt de straf lichter te zijn dan bij gruwelijke methoden als wurging;
- Mogelijk speelt de beroepsmatige achtergrond van de hulpverlener een rol: bij de lichter gestraften ging het om professionele hulpverleners (niet in functie overigens).

Met andere woorden: Het lijkt erop dat als uw vriendin ondraaglijk lijdt, zij in staat is tot weloverwogen besluitvorming en geen andere uitweg ziet dan de dood, straffeloze hulp bij zelfdoding niet helemaal uitgesloten is. Maar zorgvuldig handelen is geboden: de ondraaglijkheid en de weloverwogenheid moeten getoetst worden door een ander dan de hulpverlener en er moet een arts bij betrokken zijn die het middel voorschrijft. Het Zwitserse model (hier opgevat als een niet-medicus die met behulp van een door een dokter voorgeschre-

ven middel iemand begeleidt in de uitvoering van de doodswens) is theoretisch in 1983 een mogelijkheid.

De Nederlandse situatie na 1983

We weten dat het anders is gegaan. In hetzelfde jaar, 1983, stond dokter Schoonheim voor het eerst voor een rechter. Sindsdien is de rol van artsen bij de vrijwillige levensbeëindiging groot geworden en is de vrijwillige levensbeëindiging stevig verbonden geraakt met het medische domein.

Dat wil niet zeggen dat er een einde is gekomen aan de niet-medische hulp bij zelfdoding. Integendeel. Vanaf eind jaren tachtig kunnen we feitelijk zeggen dat die hulp professioneler geworden is. Deels is dat gebeurd met behulp van mensen die actief zijn in de NVVE. Daarbij kan gedacht worden aan de activiteiten van mevrouw Mulder-Meiss. En deels doordat mensen in andere organisaties – met name Stichting De Einder – actief zijn geworden op dit terrein. Een aantal van deze mensen heeft terecht gestaan of is nog verwikkeld in een procedure. Uit die rechtszaken is duidelijk geworden dat het is toegestaan om informatie te geven over de wijze waarop iemand een einde aan zijn leven kan maken en dat het niet verboden is aanwezig te zijn bij een zelfdoding. Sturend aanwezig zijn, instructies geven wordt bestraft (het handelen van mevrouw Mulder-Meiss (1995) en van de suïcide-consulent Muns (2005) zijn als zodanig aangemerkt). Uit deze rechtszaken en die tegen Jan Hilarius (2006) blijkt dat rechters een groot belang hechten aan toetsbaar opstellen en dat zij een eenzijdige nadruk op zelfbeschikking van de hand wijzen. Een conclusie die hieraan verbonden kan worden is dat op dit moment, anders dan tot 1983, niet-medische hulpverleners een groter risico tot straf lijken te lopen.

De Nederlandse keuze voor het medische model

Een paar jaar geleden heeft de Leidse politicologe Margo Trappenburg het Nederlandse euthanasiedebat geanalyseerd in termen van ‘padafhankelijkheid’. Het denken over padafhankelijkheid start met het idee dat de ontwikkeling van een bepaald debat tamelijk toevallig verloopt. Trappenburg stelt dat het euthanasiedebat op twee wijzen had kunnen verlopen. Er had gekozen kunnen worden voor wat zij noemt een ‘doe-het-zelf aanpak’: ijveren voor toegang

tot middelen waarmee men zichzelf van het leven kan beroven. Er kon ook gekozen worden voor het streven naar medische hulp bij een gewenste dood. In Nederland is de tweede optie gevolgd. Trappenburg laat zien dat die keuze veel te maken heeft met tamelijk toevallige schakelpunten. Een van die schakelpunten is dat in Nederland ook de hulp bij zelfdoding strafbaar was gesteld. De Zwitserse weg (waar hulp bij zelfdoding, onder bepaalde omstandigheden toegepast, niet strafbaar is) lag dus niet zonder meer open. Het niet-medische model zou, net zoals het medische model, juridisch bevochten moeten worden. Een ander schakelpunt ligt bij het begin van het euthanasiedebat. Het debat van de jaren zeventig richtte zich sterk op bescherming tegen medische technologie en was gefocust op het medische domein. Als we een beginpunt zouden moeten aanwijzen dan komt het boekje van Van den Berg *Medische macht en medische ethiek* (1969) al snel op in de gedachten. Dit boekje is primair gericht op artsen. Mogelijk had de weg van de niet-medische hulp ook in Nederland begaan kunnen worden als de NVVE vanaf het begin af dit vasthoudend had nagestreefd. Dat is echter duidelijk niet het geval geweest. De NVVE heeft zich tot in de jaren negentig, misschien zelfs tot de totstandkoming van de wet in 2001, sterk gemaakt voor de visie dat de arts een centrale rol heeft en dat er geen onverkort recht op zelfbeschikking is. Met andere woorden: de NVVE heeft tot in de jaren negentig de samenwerking met artsen voorop gesteld. Van doe-het-zelf methodes toonde de organisatie zich over het algemeen wars.

Onenigheid over de te volgen weg

Deze houding van de NVVE is haar niet altijd door al haar leden in dank afgenomen. Een van de eersten die zich afzetten tegen de vereniging vanwege haar weinig activistische karakter en vanwege de te geringe nadruk op zelfbeschikking is een van de oprichters van de vereniging: Klazien Sybrandy. Zij richtte een eigen centrum op: het Informatiecentrum Vrijwillige Euthanasie. En waar de NVVE begin jaren tachtig nog weigerde het *Schotse boekje* voor haar leden beschikbaar te maken, daar stelde mevrouw Sybrandy mensen die daarom vroegen in de gelegenheid om aan het boekje te komen. Bovendien, zo blijkt uit Sybrandy's boek van 1983, is zij in sommige gevallen medeverantwoordelijk geweest bij het verstrekken van

dodelijke middelen. Ze stelt dat niet-artsen zich met dit type hulp bezig moeten kunnen houden. 'Als de artsen niet in voldoende mate kunnen voldoen aan de vraag naar vrijwillige euthanasie, moet het niet uitgesloten worden dat leken te hulp komen.' Ze stelt dat haar voorkeur wel is dat artsen euthanasie toepassen maar wijst op het probleem dat de patiënt er soms eerder aan toe is dan de arts. Overigens was er in die periode (1973-1985) nog een derde organisatie actief: de Stichting Vrijwillige Euthanasie. Deze stichting was een soort denktank. Ook zij streefde naar de mogelijkheid van vrijwillige euthanasie maar dacht dat dit bereikt kon worden zonder wetswijziging. Volgens deze stichting was de weg met de dokters in feite de enige weg.

In de jaren negentig trad er een verandering op in de NVVE. De weg van euthanasie met behulp van een dokter was toen juridisch open maar het was ook duidelijk dat die weg meestal alleen maar begaanbaar was (en dan nog lang niet altijd) voor terminaal zieken. De NVVE sprak zich toen duidelijker uit voor een grotere rol van zelfbeschikking. Maar ook toen waren er leden die dat niet ver genoeg gingen. Een groep NVVE'ers richtte de Stichting Vrijwillig Leven op en Jan Hilarius begon met de werkzaamheden van Stichting De Einder. Zij wensden een grotere rol voor zelfbeschikking en meer activiteit in de concrete hulpverlening. Inmiddels lijken de verschillen met de NVVE weer kleiner te worden. Experimenten met de laatstewilpil lijkt een doel dat alle drie de organisaties kunnen onderschrijven.

Een blik op de toekomst

Een vraag die nog rest is of het bewandelen van twee wegen tegelijkertijd wel tot de mogelijkheden behoort. Kan het niet-medische model naast het medische model bestaan? Om deze vraag te kunnen beantwoorden moeten eerst de verschillen tussen de twee modellen preciezer benoemd worden. Het medische model blijkt in de praktijk wat betreft de wijze van uitvoering hoofdzakelijk om euthanasie te gaan, levensbeëindiging door een ander op verzoek: het paradigmatische spuitje of het infuus. Het niet-medische model is alleen toegankelijk voor mensen die zelf pillen of een drankje kunnen innemen, hulp bij zelfdoding dus. In het medische model zijn er twee inhoudelijke zorgvuldigheidseisen: uitzichtloos en ondraaglijk

lijden en een vrijwillig en weloverwogen verzoek. In het niet-medische model speelt alleen nog het tweede vereiste een rol. In het niet-medische model lijken er ook minder procedurele zorgvuldigheidseisen te zijn dan in het medische (zo is het niet langer vereist dat hulpverlener en hulpvrager samen tot een conclusie moeten komen en is er geen sprake van consultatie).

Er zijn inmiddels wel enige gedachten ontwikkeld over de vraag hoe de verschillende modellen op elkaar zullen reageren. Hierbij zijn kwalitatieve en kwantitatieve aspecten aan de orde. De technische mogelijkheden van het doe-het-zelf-model zal een stimulans zijn voor dokters om te overdenken of de hulp bij zelfdoding niet inderdaad geprefereerd moet worden boven levensbeëindiging. (Een verandering die ook volgens de KNMG wenselijk is.) In ieder geval zal het de redenen die dokters nu soms geven voor de voorkeur voor euthanasie boven hulp bij zelfdoding (hulp bij zelfdoding kost in de uitvoering meer tijd; euthanasie is beter in de hand te houden) in een nieuw licht plaatsen. Het bestaan van het niet-medische model leidt zo mogelijk tot een kwalitatieve verandering binnen het medische model. Een kwalitatieve verandering die volgens de rechtssocioloog Griffiths een verandering ten goede is. Hij geeft als argumenten voor de voorkeur voor hulp bij zelfdoding dat de patiënt de morele verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering van zijn eigen beslissing. En dat wanneer dat gebeurt de ernst en de autonomie van doodswens beter gewaarborgd worden dan wanneer de patiënt niet meer hoeft te doen dan verzoeken.

Het bestaan van het doe-het-zelfmodel zal verder waarschijnlijk ook leiden tot een kwantitatieve verandering. Twijfel over de vraag of de twee modellen naast elkaar kunnen bestaan is in 2002 geuit door de rechtsfilosoof Den Hartogh. Hij vermoedt dat als er een model is waarin geen eisen ten aanzien van het lijden worden gesteld (het niet-medische model) het moeilijk zal worden het handelen van artsen aan de geldende zorgvuldigheidseisen te blijven binden. De twee hulpregimes zullen op elkaar gaan werken als communicerende vaten, is Den Hartoghs verwachting. Chabot heeft deze gedachte van communicerende vaten verder uitgewerkt. Hij meent dat van twee kanten, zowel van de zijde van de arts als van zijde van de persoon met de doodswens, het bestaan van een niet-medische procedure leidt tot een voorkeur voor de minder streng genormeerde procedu-

re: 'Zoals water altijd stroomt naar het laagste punt, zo wenden personen met een doodswens zich bij voorkeur tot die procedure die de meeste kans van slagen biedt'. Personen met een doodswens zullen waarschijnlijk niet meer beginnen aan het medische traject maar zich gelijk wenden tot het niet-medische. En artsen die over het algemeen het doden als zwaar ervaren zullen doorverwijzen naar het niet-medische regime.

Ter afronding

Tot begin jaren tachtig leek het niet-medische model van hulp bij het gewenste levenseinde een mogelijkheid. Kort daarna is de Nederlandse praktijk echter duidelijk het pad van het medische model opgegaan. Vanaf het begin is het duidelijk dat dit pad niet iedereen die een vrijwillige en weloverwogen doodswens heeft, de mogelijkheid biedt die wens te verzilveren. Vandaar dat binnen de organisaties die ijveren voor het vrijwillige levenseinde altijd geluiden hebben geklonken van mensen die het medische model niet toereikend vonden, van mensen die mogelijkheden wilden scheppen voor andere vormen van (zelf)hulp. Alles wijst erop dat het bewandelen van deze tweede weg consequenties zal hebben voor het pad dat in Nederland tot nu toe begaan is: het medische model zal afnemen tot bijna het verdwijnpunt.

Geraadpleegde literatuur

- Chabot, B.E. Is er toekomst voor de pil van Drion? In: Legemaate J. en Dillmann R.J.M. (red.). Levensbeëindigend handelen door een arts op verzoek van de patiënt. 2003-2, 191-213.
- Griffiths, J. Euthanasie versus hulp bij zelfdoding. In: Adams, M. et al. (red.). Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. 2003, 133-149.
- Hartogh, G.A. den. Regulering van euthanasie en hulp bij suïcide: hoe succesvol is het Nederlandse model? TvGR 2002, 232-250.
- Herbergs, B. Laat me sterven voor ik wakker word... Tien jaar strijd om het recht op een menswaardig levenseinde, 1984.
- Sybrandy, K. en Bakker, R. Zorg jij dat ik niet meer wakker word? Vrijwillige euthanasie in de praktijk.1983.

- Trappenburg, M. Darwin in de medische ethiek. In: Adams, M. et al. (red.) Euthanasie. Nieuwe knelpunten in een voortgezette discussie. 2003, 237-253.
- Weyers, H.A.M. Euthanasie. Het proces van rechtsverandering. Proefschrift RUG. 2004.



Prof. mr. E.Ph.R. Sutorius is hoogleraar strafrecht aan de Universiteit van Amsterdam, raadsheer bij het Gerechtshof Arnhem en voorzitter van de NVVE.

Nieuwe perspectieven voor een waardig sterfbed

Eugène Sutorius

Staan we voor een renaissance van artikel 294 van het *Wetboek van Strafrecht*? Kunnen we een nieuw perspectief openen voor het oude artikel over hulp, die verleend wordt bij een voorgenomen zelfdoding? In mijn lezing zal ik in de eerste plaats op zoek gaan naar de oorsprong van artikel 294. Vervolgens tracht ik te analyseren waarom in Nederland de ontwikkeling is gegaan zoals ze is gegaan. En tenslotte behandel ik de vraag of er een renaissance is te verwachten van artikel 294.

Als onze ervaringen met het lijden ons brengen bij het begrip waardigheid, dan is het een uitdaging om te verkennen of dat begrip onder één hoed te brengen is met zelfbeschikking en autonomie. Of oudere mensen, die zijn gaan lijden aan het leven, zich daarin kunnen herkennen en zich niet uitsluitend behoeven te fixeren op euthanasie, de naald van de dokter, het infuus. Of dat het begin kan zijn van een andere oplossingsrichting, een oplossing die wellicht meer schuilgaat achter artikel 294 dan achter artikel 293.

De historie van de artikelen 293 en 294

Hoe komen we aan artikel 294 en heeft dit artikel iets te maken met artikel 293? Om een antwoord te vinden op deze vragen gaan we terug naar het midden van de negentiende eeuw, toen het huidige *Wetboek van Strafrecht* nog niet in werking was getreden. Aan het euthanasieartikel 293 gaat een gekke zaak vooraf. U kent misschien al het verhaal van de Amsterdamse boterkopersknecht Jan Slotboom, die in 1852 een depressieve bakkersdochter uit de Jordaan op haar verzoek van het leven afhielp aan de Kalfjeslaan bij Amsterdam? De jonge vrouw was depressief omdat ze ongewenst zwanger was. En passant verwierf de man haar kostbare ring door haar een vinger af te snijden. In eerste instantie werd Slotboom ter dood veroordeeld wegens doodslag met voorbedachten rade. Later werd de straf omgezet in twintig jaar tuchthuisstraf. Deze zaak heeft behoorlijk wat ophef gegeven in de toenmalige Nederlandse burgerlijke samenleving en lokte veel discussie uit: Maakt het verschil voor de strafmaat dat de man de vrouw doodde op haar verzoek?

Artikel 294 heeft ook zo'n gekke voorgeschiedenis. Daarbij ging het om een soort Romeo-en-Julia verhaal. De militair Dettemeijer en zijn vriendin wilden samen trouwen, maar dat mocht niet. Als protest en met grote weerzin besluiten ze om zich gezamenlijk van het leven te beroven door vergif in te nemen (1859). Dat lukt wel bij haar maar bij hem niet. Hij blijft leven en wordt vervolgens vervolgd. In eerste instantie wordt hij ter dood veroordeeld. Je zou dus kunnen zeggen dat de man alsnog zijn doel heeft bereikt. Curieus genoeg gaat hij toch in hoger beroep en wordt dan vrijgesproken.

Dat lijkt wreed, maar het had een goede reden: zelfdoding was niet strafbaar en dus volgens de strafrechtelijke logica evenmin alle vormen van betrokkenheid. Als in het strafrecht een bepaald delict, bijvoorbeeld mishandeling of vernieling niet strafbaar zou zijn gesteld dan zouden ook alle vormen van deelneming zoals uitlokking tot die vernieling of tot die mishandeling of medeplichtigheid, medeplegen, dus het samen helemaal doen, niet strafbaar zijn. Dus als de zelfdoding niet strafbaar is, dan is ook deelneming aan zelfdoding, dat wil dus zeggen medeplegen of medeplichtig zijn of uitlokken tot, niet strafbaar. Zo werkt het systeem. Is er geen strafbaar delict centraal gesteld dan kan hulp daarbij ook niet strafbaar zijn. Bij zelfmoord ligt dat natuurlijk wat anders, omdat bij een geslaagde zelfmoord er weinig meer te vervolgen valt wat de zelfdoder betreft. Maar diegene die geholpen heeft is dus ook niet strafbaar krachtens die oude strafrechtelijke regel. Wanneer het gronddelict niet een strafbaar feit is kan je ook niet vervolgd worden voor hulp daarbij. Zelfs niet voor uitlokking daartoe. Zo kwam het dat Dettemeijer door het Hoog Militair Gerechtshof werd vrijgesproken. Zowel in de zaak-Slotboom als in de zaak-Dettemeijer spelen artsen geen rol.

1886: Wetboek van Strafrecht

Aan de wieg van de huidige artikelen 293 en 294 stond de Staatscommissie-De Wal, opgericht om het nieuwe *Wetboek van Strafrecht* (ingevoerd in 1886) voor te bereiden. In de zeventiger jaren van de negentiende eeuw kwamen in de commissie 'de misdrijven tegen 's mensen leven' aan de orde. De commissie vraagt zich af of er in het *Wetboek van Strafrecht* een bepaling moet komen over doodslag op ernstig verlangen van het slachtoffer en over zelf-

moord. Men was daarvan niet zeker: zulke typische zaken als die van Slotboom en Dettemeijer kwamen toch niet zoveel voor. Toch werd besloten tot een regeling en na enig heen en weer praten werden de artikelen 293 en 294 geformuleerd.

In het geval van artikel 293 wil dat zeggen dat er een lichtere vorm van het oorspronkelijke delict doodslag, namelijk doodslag op verzoek van het slachtoffer zelf, opgenomen wordt in het *Wetboek van Strafrecht*. Bijna geen ander land dan Nederland kent deze specifieke bepaling.

In artikel 294 werd gehandhaafd dat zelfdoding niet strafbaar zou zijn. Maar de hulp daaraan werd afzonderlijk strafbaar gesteld en het aanzetten tot helemaal.

Dat is ook nu nog zo. Nog steeds is zelfdoding geen strafbaar feit en zou op grond van de logica van het strafrecht ook geen enkele vorm van 'deelneming' aan zelfdoding strafbaar zijn. Daarom moest een apart wetsartikel worden geformuleerd waarin 'aanzetten' tot zelfdoding – een vorm van uitlokken – afzonderlijk strafbaar is gesteld. We zien dus dat medische redenen tot levensbeëindiging geen enkele rol hebben gespeeld in het tot stand komen van de artikelen 293 en 294. Het enige wat daar in de verte op leek was een opmerking van lid Pols van de Commissie-De Wal, die opmerkte dat bij doden op verzoek gedacht kan worden aan 'wondingen in oorlogen met wilde volksstammen, aan lijdens van ongeneeslijke kwalen enz.' Met het eerste bedoelde hij dat als je gewond raakte in een oorlog met wilde volksstammen, een speciaal soort oorlog in zijn ogen, je daarna uit compassie misschien het genadeschot zou moeten kunnen krijgen. En is degene die dat schot lost dan strafbaar? Met zijn opmerking over 'lijders aan ongeneeslijke kwalen' is Pols, zonder zich dat bewust te zijn geweest, zijn tijd ver vooruit geweest. Op de opmerking van Pols is verder niet ingegaan; niemand vond dat interessant. Het was wel duidelijk hoe over deze problematiek in de regenteske, burgerlijke Nederlandse samenleving van die tijd werd gedacht en het was ook heel duidelijk dat dokters daar wel weg mee wisten. Een apart artikel achtte men niet nodig. Aan de artikelen 293 en 294 liggen dus gedragingen ten grondslag die heel weinig te maken hebben met wat wij heden ten dage onder euthanasie en hulp bij zelfdoding verstaan. De ontwerpers hebben de artikelen niet geformuleerd met het oog op artsen, die ooit nog

eens structureel in de positie zouden worden gebracht dat ze zich gedrongen voelden hun ernstig lijdende patiënt te helpen sterven.

Behulpzaamheid

Van belang is dat u daarbij onthoudt dat behulpzaam zijn in de zin van artikel 294 niet helemaal overeenkomt met wat in het strafrecht medeplichtigheid heet. De Hoge Raad lijkt in verband met artikel 294 duidelijk een al te groot activisme van leken te willen temperen. Informatie geven mag, instructies geven niet. Aanwezig zijn mag, sturend aanwezig zijn niet. De Hoge Raad wil hier duidelijk een grens afbakenen, ook al wordt die grens niet heel scherp geformuleerd. De grens tussen geoorloofde en ongeoorloofde behulpzaamheid is een rafelige lijn. Nog een laatste punt uit de strafrechtelijke theorie wil ik noemen, voordat ik verder ga met de thematiek waarover het eigenlijk gaat. Een bekend uitgangspunt was dat als er toestemming wordt gegeven voor een bepaalde gedraging, dat het dan geen strafbaar feit meer is. Dat geldt dus kennelijk niet wanneer het gaat over leven en dood. Niet de zelfbeschikking is hier de te realiseren doelstelling, maar de beschermwaardigheid van het leven. Hier wordt duidelijk dat ook in de negentiende eeuw de zelfbeschikking het aflegde tegen de beschermwaardigheid van het leven. Ook elders in het strafrecht vind je dat terug.

Ontwikkeling

Wat zijn dan de waarden waar het om gaat en hoe verhouden die zich tot elkaar? Mede op dit onderwerp is Esther Pans gepromoveerd (2006). In haar proefschrift legt zij uit hoe onze euthanasiewet* tot stand gekomen is en welke morele keuzes daar eigenlijk in verscholen waren. Of gingen die daar helemaal niet in verscholen? Dat is ook nog een vraag. Zij ontleedt dan wetshistorisch, en dat is interessant, dat er natuurlijk in de eerste plaats de eerbied voor het leven is. Dat is de overheersende waarde in het strafrecht, natuurlijk: Moord en doodslag willen we niet. Autonomie, zelfbeschikking, de wens, het verlangen van de individuele burger daarentegen was en is in het strafrecht niet zo sterk aanwezig. Pans toont duidelijk aan dat onze strafrechtelijke wetgeving geen zelfbeschikkingswetgeving is geweest als je praat over de strafrechtelijke uitleg van die wet.

Toch denk ik zeker dat de hele euthanasiewetgeving wel degelijk de idee van zelfbeschikking ademt. Je kunt de wet beschouwen als een uitvloeisel van de opkomende rechten van een steeds mondiger wordende patiënt, die je terugziet in de niet lang daarvoor tot stand gekomen *Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst* (WGBo) waarin het onder andere gaat over (de eis van toestemming tot) behandelen tijdens en aan het eind van het leven en over de rechtskracht van wilsverklaringen. Men vond het begrijpelijk dat, waar je geacht wordt krachtens onze grondwet verantwoordelijkheid te nemen voor al je keuzen in je leven, het sterven daarvan niet uit te zonderen is. Zoals gezegd loopt de zelfbeschikking door de hele euthanasiewetgeving heen, maar in het strafrecht niet expliciet. De vraag of de euthanasiewetgeving is gestoeld op het begrip autonomie moeten we echter ontkennend beantwoorden. Wij zijn een medische route gegaan en hieraan ten grondslag ligt een andere waarde, de barmhartigheid in een professionele gedaante. Dat komt omdat wij in Nederland dokters hebben die gesocialiseerd zijn en een vaste vertrouwensrelatie met hun patiënt hebben opgebouwd. Bijna nergens in de wereld kon het langs die weg. Hadden we die dokters niet gehad, dan hadden we waarschijnlijk niet eens euthanasiewetgeving. We zouden het dan als samenleving misschien niet aangedurfd hebben.

Behoud van waardigheid

Maar nou zitten we wel met de gebakken peren. In samenwerking met die medische stand zijn zorgvuldigheidseisen tot stand gekomen, die vooral te maken hebben met wat dokters doen: (ondraaglijk en uitzichtloos) lijden bestrijden. Maar die dokters willen natuurlijk niet te veel te maken hebben met existentieel lijden of met verlies van waardigheid. En dan zie je in de onderzoeksliteratuur van Van der Wal en Van der Maas dat de redenen waarom mensen vragen om euthanasie niet in de eerste plaats gelegen zijn in pijn of in vormen van lijden die palliatief kunnen worden bestreden, maar in ontluistering, in degradatie, in aftakeling. Deze factoren wegen zelfs bij een terminale kankerpatiënt eigenlijk veel zwaarder dan pijn of andere dingen. Het gaat dus vaak over het onomkeerbaar verlies van waardigheid, en daar gaan dokters niet over. Of toch wel? Zijn mijn huisarts en

specialist er niet ook om mij te behoeden voor ontluistering?
Verschilt medisch handelen vandaag niet dikwijls van het medisch handelen gisteren?

De zaak-Brongersma

In de zaak-Brongersma heeft de Hoge Raad vanuit een zeer beperkte visie op wat medisch handelen in al zijn variaties vandaag de dag inhoudt, de deur voor de oudere ondraaglijk en uitzichtloos lijdende patiënt dichtgegooid en gesteld: Als het lijden niet berust op een medisch classificeerbare aandoening dan is er geen sprake van euthanasie. Dat is een niet erg doordachte uitspraak geweest, die het lot van de 'Drion-groep' afhankelijk maakt van het juiste etiket. Inmiddels heeft de commissie-Dijkhuis uitermate kritisch gereageerd op het hiermee uit het oog raken van het hulpverleningsperspectief van de medicus. Rechtspolitiek is het arrest van de Hoge Raad, dat overigens nog gewezen werd op basis van de oude wet, wel te begrijpen zo kort na aanvaarding van de nieuwe euthanasiewetgeving. Het gaat hier ook steeds om een andere vraag, de legitimatie van artsen en hun medisch handelen. Waar ligt de grens van het medisch domein?

Lijden is het woord niet

Velen van ons ondertekenen wilsverklaringen in de hoop dat, als men dement wordt, er iets gedaan zal worden. In het verleden hebben in enkele gevallen moedige artsen hun vroeg-dementerende patiënt geholpen. We zien dat artsen terughoudender worden, ons niet meer willen helpen bij dementie en dat is een groot probleem, omdat velen onzer nu juist de ontluistering die daarmee gepaard kan gaan willen vermijden. De artsen zeggen: 'Dat kunnen we emotioneel niet aan, dat is te belastend. We hebben geen enkele actuele binding meer met onze eigen patiënt, want die is al weg. Is er dan sprake van lijden? Is er wel sprake van keuzebekwaamheid?' Geen hulp bij dementie is naar mijn mening een typisch voorbeeld van het verdriet van het medisch model. Wanneer de vroege diagnostiek ons in staat zou stellen om eerder moedig te besluiten, in het zicht van een volstrekt voorzienbaar lijden – in de zin van een andere persoon worden – dan zijn er in de naaste toekomst misschien meer mogelijkheden. Maar daar wil ik het nu niet in de eerste plaats over hebben.

Op de vraag van sommigen, waarom onze leden dat niet willen, die dementie (je merkt toch niets?) stel ik een tegenvraag over het onomkeerbaar coma. Want waarom willen wij ook niet in coma liggen? In de jaren tachtig lag Ineke Stinissen meer dan vijftien jaar in coma. Nadat hij haar vijftien jaar iedere dag had bezocht, wilde haar man Gerard Stinissen haar bevrijden uit haar gevangenis tussen hemel en aarde. Dat is uiteindelijk ook gelukt. Weliswaar zei iedereen: 'Ze lijdt toch niet'. Maar als die mensen werd gevraagd: 'Zou u dan wel zo willen liggen?', dan was het antwoord onveranderlijk: 'Nee, dat niet'.

Er is dus een onomkeerbaar verlies van waardigheid, waar we het eigenlijk dikwijls over eens zijn, iets wat buiten lijden in strikte zin omgaat wat we toch niet willen. We willen niet een andere persoon zijn, we willen niet op een ontluisterende manier in een situatie belanden, waarin we geen hoop meer mogen koesteren op een leven zoals wij ons dat voorstellen. En zo is het ook dikwijls in een toestand van gevorderde dementie. En dan wordt dus die waardigheid, de persoonlijke waardigheid, als een op zich zelf staande waarde zichtbaar, en het onomkeerbaar verlies daarvan komt als een mogelijk nieuwe norm tevoorschijn. En dan gaan we nu eens kijken naar de hulp bij zelfdoding in een nieuwe jas en de mogelijke *revival* van artikel 294.

Renaissance

Is het denkbaar, dat nieuwe zorgvuldigheidseisen worden ontwikkeld voor hulp bij zelfdoding, waarin inderdaad nog steeds het dodelijke middel zelf van de dokter moet komen? Maar dat vervolgens deskundige en gecertificeerde hulpverleners, dat kunnen bij voorbeeld ook psychologen of verpleegkundigen zijn à la het Zwitserse model, de verdere route overnemen? En dat daar niet ook nog toetsing van medische classificaties nodig is? Anders gezegd: Is het mogelijk dat je in de eerste plaats voor de 'Drion-groep' hulp bij zelfdoding, wel altijd goed gewaarborgd, overlaat aan een groep gespecialiseerde hulpverleners in het kader van stervensbegeleiding, zonder dat we het levenseinde van deze oude mensen, die hun brevet van leven al lang verdiend hebben, van begin tot eind medicaliseren?

Vraag hierbij is of je twee modellen naast elkaar gaat stimuleren, of dat je naar een mengvorm zoekt, waarin je het oude gebouw, met de zorgvuldigheidsvoorwaarden ten behoeve van de dokter, wil handhaven. In het laatste geval zou het dan zelfs zo kunnen zijn dat euthanasie, het handelen door de arts met infuus of naald, over tien jaar is teruggebracht tot alleen die situaties waarin patiënten het zelf niet (meer) kunnen. En dat in het overgrote deel van de gevallen de patiënten de pil of het drankje (het zal een drankje zijn) zelf zullen innemen, hetgeen ook meer recht doet wedervaren aan de gedachte van zelfbeschikking. Het is het overdenken waard! Maar ik keer nog even terug naar onze oudsten met een dringende wens te sterven, de 'Drion-groep', een groep die van medicalisering van de laatste levensfase niet wil weten. Waarom is het niet te aanvaarden dat voor deze groep ouderen de door artsen te verlenen stervenshulp vervangen wordt door een goed gewaarborgde, maar lichtere route, wanneer het eigen leven is voltooid en er sprake is van een onomkeerbaar verlies van persoonlijke waardigheid? Een nieuwe, aanvullende maar volwaardige normatieve grondslag. De andere betrokken waarden, die van de door ons op te brengen barmhartigheid en het respect voor zelfbeschikking, komen daarin onverminderd tot hun recht. Dit alles dan als een door wijziging van artikel 294 te legaliseren 'lichtere' vorm van hulp bij een zelfgekozen levenseinde, dus niet in het kader van de euthanasie door een medicus.

De visie van artsen

Voor artsen zelf ligt dit niet zo eenvoudig. Zij hebben vaak medische, en in hun ogen goede redenen om de voorkeur te geven aan de naald boven het drankje: ze houden meer controle over het verloop van de levensbeëindiging. Zij kunnen zelf gemakkelijker ingrijpen als zich onvoorziene complicaties voordoen (argument van medische zorgvuldigheid) en misschien willen artsen ook een duidelijk gemarkeerde, althans als zodanig ervaren verantwoordelijkheid dragen. Bij hulp bij zelfdoding is dat in die zin diffuser, dat dan altijd een zekere onvoorspelbaarheid, namelijk afhankelijkheid, blijft bestaan van hun patiënt en diens gedragingen.

Interessant is in dit verband dat al in 1985 Van Veen, de annotator bij het Schoonheim-arrest, opmerkte dat als er een keuzemogelijk-

heid zou bestaan tussen hulp bij zelfdoding en euthanasie het wenselijk zou lijken om dan voor het minst kwade (hulp bij zelfdoding) te kiezen. Dit zou aanbeveling verdienen, omdat door het zelf te doen de instemming van de patiënt wordt gemarkeerd. En zo is het natuurlijk ook. Ook de KNMG heeft eerder gesteld dat we misschien de kant van hulp bij zelfdoding zouden moeten uitgaan. En als we dat zouden doen, dan zou een onomkeerbaar verlies van waardigheid als (aanvullende) nieuwe norm misschien een constructieve rol kunnen spelen. Dat zou erg interessant kunnen zijn. En misschien moeten we dan voor onze oudsten in hun laatste levensfase ook denken aan het inzetten van andere disciplines dan de medische alleen, zoals ook wel door de commissie-Dijkhuis als mogelijkheid wordt genoemd. Het blijft een sociale verantwoordelijkheid gruwelijke suïcides van onze oudste medeburgers te vermijden.

Tenslotte

Nog een slotopmerking. Toen ik lang geleden als vrijwilliger bij de NVVE begon hadden we al het probleem, waarmee vervolgens zoveel mensen binnen de NVVE hebben geworsteld, namelijk dat de normatieve gelijkstelling in Nederland van hulp bij zelfdoding en euthanasie eigenlijk niet weerspiegeld werd in de hulpverleningspraktijk. We zagen dat bij de echte suïcide er hele andere hulpvragen aan de orde waren, dan bij, wat we noemen, de euthanasiesituatie. De NVVE heeft zich het lot aangetrokken van die wanhopige mensen die zeiden het niet meer vol te kunnen houden en wilden worden geholpen bij hun suïcide. Zonder dit overigens te brengen, en gelukkig maar, in het domein van de euthanasie. Daar hoort het ook niet. Dat compliceert het echter wel en maakt het wel enigermate begrijpelijk dat het buitenland ons niet heeft kunnen volgen in een apart euthanasieartikel (artikel 293) voor medici en dat wij de mogelijkheid van hulp bij zelfdoding maar zelden hebben benut, zoals die in enkele landen nu aarzelend wordt aangewend als een minder vergaande traditie van levensbeëindigend beslissen. Misschien is het tijd om voor dat deel nu ook eens naar het buitenland te luisteren. Wij zullen daarover vanmorgen nog meer horen van onze Zwitserse gasten!

Geraadpleegde literatuur

- Bie, P. de en Witteman, P. De zaak Stinissen. Hoe lang mag sterven duren. Z.j.
- Pans, E. De normatieve grondslagen van het Nederlandse euthanasie-recht. Proefschrift VU. 2006.
- Sutorius, E.Ph.R. Abortus en euthanasie: medisch handelen tussen het respect voor menselijk leven en de vrijheid tot zelfbeschikking. In: Balkema, J.P. et al. (red.). Gedenkboek. Honderd jaar Wetboek van Strafrecht. 1986, 395-523.
- Wal, G. van der et al. Medische besluitvorming aan het einde van het leven. De praktijk en de toetsingsprocedure euthanasie. 2003.
- Weyers, H.A.M. Euthanasie. Het proces van rechtsverandering. Proefschrift RUG. 2004.

* Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding.



J.A. Sobel is arts en voorzitter van EXIT-ADMD Suisse-Romande.

Het Zwitserse model

Jérôme Sobel

Sinds 1937 kent Zwitserland een wetsartikel waarvan de inhoud is: *Iemand die uit eigenbelang een ander tot zelfdoding overhaalt of daarbij behulpzaam is, wordt bestraft met maximaal vijf jaar tuchthuis of gevangenisstraf.* Walter Baechi, de eerste voorzitter van EXIT-Deutsche Schweiz, bedacht in de jaren tachtig dat dit wetsartikel wellicht een elegante weg bood om de euthanasieproblematiek op te lossen. Hij draaide het artikel om: iemand die niet uit eigenbelang hulp bij zelfdoding verleent, is dus niet strafbaar. Toen de Zwitserse Academie voor Medische Wetenschap ook nog eens verklaarde dat hulp bij zelfdoding geen medische handeling was, was de basis voor hulp bij zelfdoding door niet-medici gelegd. EXIT-Deutsche Schweiz en EXIT-ADMD Suisse-Romande (Franstalige tak van EXIT) zijn opgericht in 1982. Als voorzitter van EXIT-ADMD en als begeleider bij zelfdoding ga ik u iets vertellen over de discussie in ons land over hulp bij levensbeëindiging. Vervolgens ga ik in op het werk van onze organisatie en tot slot schets ik u een casus.

Achtergrond

De groep 'A propos' (analyse en politieke beleidsvoorstellen) heeft sinds 1990 de problematiek van hulp bij levensbeëindiging bestudeerd. Hulp bij levensbeëindiging is een algemeen begrip waaronder onder andere hulp bij zelfdoding en euthanasie vallen. Nationaal adviseur Victor Ruffy boog zich over deze materie en rapporteerde in september 1994 het volgende:

Geconfronteerd met de diverse vormen van vernederende menonwaardige ongeneeslijke ziekten en ondanks de verschillende levensverlengende middelen die ons ter beschikking staan, wensen steeds meer mensen in onze samenleving de keuzemogelijkheid een actieve rol in hun laatste dagen te spelen om op waardige wijze te kunnen sterven.

De Federale Raad werd gevraagd een ontwerp in te dienen. Op 28 november 1994 stelde de Federale Raad voor de inbreng van Ruffy om te zetten in de minder vrijblijvende vorm van basisprincipe. Dit voorstel werd op 24 maart 1996 door de Nationale Raad aangenomen. Voorts werd een besluit genomen om vanuit het departement van Justitie een werkgroep 'Hulp bij Levensbeëindiging' in te stellen.

Deze werkgroep, bestaande uit 14 experts, heeft van mei 1997 tot februari 1999 gewerkt. Op 29 april 1999 bood de werkgroep haar verslag aan de Federale Raad en de pers aan.

Samenvatting van het verslag

Het verslag is een lijvig, vierenvijftig pagina's tellend document en is onderverdeeld in palliatieve zorg, hulp bij zelfdoding en euthanasie.

1. Palliatieve zorg

Alle deskundigen benadrukken de rol en het belang van palliatieve zorg alsmede de noodzaak deze verder te ontwikkelen.

Niemand twijfelt aan het nut ervan.

Tijdens het onderzoek raakte de meerderheid van de groep van federale deskundigen ervan overtuigd dat het een illusie is te denken dat palliatieve zorg alle vraag naar hulp bij levensbeëindiging zou wegnemen.

2. Hulp bij zelfdoding

Artikel 115 van het Zwitserse Wetboek van Strafrecht gaat over het aanzetten tot en het verlenen van hulp bij zelfdoding. Het bepaalt dat *'in het geval dat iemand die met zelfzuchtige motieven een persoon aanzet tot zelfdoding of die deze persoon hulp bij zelfdoding verleent, geldt, indien de zelfdoding heeft plaatsgevonden of als daartoe een poging is ondernomen, een gevangenisstraf van maximaal 5 jaar'*.

Bij het ontbreken van een zelfzuchtig motief is volgens de groep van federale deskundigen hulp bij zelfdoding in dergelijke gevallen legaal en daarom niet strafbaar. Als zelfdoding een daad is die niet strafbaar is gesteld in het *Wetboek van Strafrecht*, waarom zou hulp bij zelfdoding zonder zelfzuchtig motief dan wel strafbaar zijn? Deze juridische redenering heeft geleid tot handhaving van artikel 115 door de groep van federale deskundigen.

3. Euthanasie

Artikel 114 van het Zwitsers *Wetboek van Strafrecht* gaat over moord op verzoek van het slachtoffer. Hierin wordt bepaald:

'Een ieder die gevolg geeft aan een eerlijke drijfveer, in het bijzonder medelijden, en die, wanneer een persoon hem daartoe een ern-

stig en dringend verzoek doet, de dood van deze persoon veroorzaakt, zal worden gestraft met gevangenisstraf'.

Dit artikel, dat moord onder verzachtende omstandigheden inhoudt, waarvoor een gevangenisstraf geldt van 3 dagen tot 3 jaar, impliceert een eerlijk motief van de kant van de dader en van de kant van het slachtoffer een dringende wens om te sterven. Deze beschikking is niet van toepassing in het geval dat iemand de dood veroorzaakt van een andere persoon die aan een ernstige ongeneeslijke ziekte lijdt die op korte termijn tot de dood leidt en die ten prooi is aan ondraaglijk lichamelijk en geestelijk lijden.

Nieuw artikel 114 lid 2

Een meerderheid van de werkgroep 'Hulp bij Levensbeëindiging' stelde voor om artikel 114 (moord op verzoek van het slachtoffer) aan te vullen met een nieuw lid 2 dat als volgt zou moeten luiden: *'Indien de dader een persoon die in het laatste stadium van een ongeneeslijke ziekte verkeert, helpt te sterven teneinde een eind te maken aan diens ondraaglijk en ongeneeslijk lijden, zullen de bevoegde autoriteiten deze persoon niet gerechtelijk vervolgen en hem geen straf opleggen.'*

In de zomer van 2000 probeert de Federale Raad dit verregaande voorstel van tafel te krijgen. Om deze verdragingsstactiek een halt toe te roepen, dient nationaal adviseur Franco Cavalli een voorstel in bij het parlement dat wederom uitgaat van de conclusies van de meerderheid van de groep experts.

Tegelijkertijd wordt door onze tegenstanders een ander parlementair voorstel ingediend dat de naam draagt van mevrouw Vallender, waarin wijziging wordt gevraagd van artikel 115 met het oogmerk hulp bij zelfdoding te voorkomen.

Op 11 december 2001 bespreekt de Nationale Raad de twee tegengestelde voorstellen. Bij de stemming wordt het voorstel van de heer Cavalli verworpen door ethici die de absolute bescherming van het leven propageren, door degenen die zich op het standpunt stellen dat palliatieve zorg het antwoord op alle facetten van deze problematiek is en door liberale parlementsleden die tegen alle wetgeving zijn terzake van euthanasie. Het voorstel van mevrouw Vallender wordt eveneens verworpen, hetgeen bevestigt dat hulp bij zelfdoding niet strafbaar is en dus voor de eerste keer een implicie-

te erkenning inhoudt van de wettigheid van de Vereniging EXIT en haar competentie op dit gebied.

In februari 2004 zet de ASSM, de Association Suisse des Sciences Médicales (de Zwitserse Vereniging voor de Medische Wetenschappen) een flinke stap in onze richting met het besluit om rekening te houden met het recht op zelfbeschikking van de patiënt. De ASSM benadrukt enerzijds dat hulp bij zelfdoding geen onderdeel vormt van het medisch handelen van een arts, omdat geneeskundigen nu eenmaal hun medische vaardigheden in dienst moeten stellen van het behandelen en ondersteunen van hun patiënten en hun pijn moeten verzachten. Anderzijds moeten artsen ook rekening houden met de wensen van hun patiënten, wat kan betekenen dat de morele en persoonlijke beslissing van een arts om een stervende patiënt hulp bij zelfdoding te verlenen in bepaalde, specifieke gevallen dient te worden gerespecteerd.

Aanbevelingen

Op 27 april 2005 biedt de Zwitserse Nationale Adviescommissie voor biomedische ethiek haar rapport over hulp bij zelfdoding aan. De commissie doet daarin de volgende 12 aanbevelingen:

1. Twee polen

De ethische kwesties die naar voren komen met betrekking tot hulp bij zelfdoding ontstaan door de strijdigheid van enerzijds het vereiste om zorg te verlenen aan mensen die blootstaan aan het risico van zelfdoding en anderzijds het recht op zelfbeschikking van een persoon met een doodswens. Aanbevelingen, richtlijnen en wettelijke regelingen moeten met beide polen en het spanningsveld daartussen rekening houden.

2. Hulp bij zelfdoding en euthanasie

Ethisch gezien dient men een onderscheid te maken tussen hulp bij zelfdoding en euthanasie.

3. De wettigheid van hulp bij zelfdoding

De commissie stelt zich op het standpunt dat het op ethische gronden juist is dat hulp bij zelfdoding niet als een misdrijf wordt aangemerkt tenzij zulke hulp om zelfzuchtige redenen wordt geboden. Zij doet de aanbeveling dat er geen wijzigingen

dienen te worden aangebracht in de toepassing van artikel 115 van het *Wetboek van Strafrecht*.

4. Beslissingen op basis van individuele gevallen

Beslissingen over hulp bij zelfdoding moeten gebaseerd zijn op de individuele situatie van de persoon die zelfdoding beoogt. Ze mogen niet alleen berusten op een formele toepassing van regels.

5. Organisaties op het gebied van euthanasie

Artikel 115 beschermt de facto de autonomie van mensen die hulp verlenen bij zelfdoding, door hen niet te vervolgen. Aan deze fundamenteel liberale houding mag niet worden getornd. Gezien de huidige praktijk van hulp bij zelfdoding is er nadere regelgeving nodig voor organisaties op het gebied van een vrijwillig levenseinde.

6. Psychische stoornissen

Bij patiënten met psychische stoornissen zijn zelfmoordneigingen veelal een manifestatie of symptoom van hun ziekte. Daarom hebben mensen met een psychische stoornis – al of niet in combinatie met een lichamelijke ziekte – die zelfmoord willen plegen eerst en vooral psychiatrische of psychotherapeutische zorg nodig. Als de wens tot zelfdoding voortkomt uit, of een symptoom is van een geestesziekte, dient er geen hulp bij zelfdoding te worden verleend.

7. Kinderen en adolescenten

a. Meerderheidsstandpunt:

Bij kinderen en adolescenten moeten de algemeen in de gezondheidszorg van toepassing zijnde wettelijke en ethische regels worden gevolgd. Bijzondere aandacht dient te worden besteed aan de overwegingen die ten grondslag liggen aan aanbeveling nummer vier.

b. Minderheidsstandpunt:

Bij kinderen en adolescenten dient geen hulp bij zelfdoding te worden verleend.

8. Ziekenhuizen en zorginstellingen

a. Instellingen voor langdurige zorg:

Als een bewoner hulp bij zelfdoding wenst en geen ander onderkomen heeft dan de instelling, dient men toe te laten dat hij of zij, indien mogelijk, de handeling aldaar uitvoert.

b. Ziekenhuizen voor acute zorg:

Elke instelling dient duidelijk aan te geven of het ontvangen van hulp bij zelfdoding in de instelling al dan niet aan patiënten is toegestaan. De instelling moet in staat zijn haar beslissing aan patiënten uit te leggen.

c. Psychiatrische instellingen:

Voor wat betreft zelfdoding in psychiatrische instellingen zie aanbeveling nummer zes.

Een goed doordachte persoonlijke beslissing om zelfdoding te plegen moet niet onmogelijk worden gemaakt door de voorschriften van een instelling, of door het gewetensbezwaar van een individuele arts of individueel zorgteam. De patiënt moet te allen tijde de keuze hebben om desgewenst naar een andere arts te worden verwezen, of naar een andere instelling te worden overgeplaatst.

9. Medische zorgverleners

Voor artsen en verplegend personeel ontstaat er een conflict met de medische ethiek omdat medisch handelen het leven dient te bevorderen en niet te beëindigen. Om deze reden kan hulp bij zelfdoding niet worden beschouwd als onderdeel van het takenpakket van medische zorgverleners. In gevallen waarin artsen toch hulp bij zelfdoding verlenen is sprake van een persoonlijke beslissing.

10. Niet-ingezetenen die hulp bij zelfdoding wensen

Er bestaan geen ethische gronden voor een algemeen verbod van hulp bij zelfdoding aan mensen die niet over een verblijfstitel in Zwitserland beschikken. Bij deze groep is echter sprake van een bijzonder ethisch probleem als gevolg van de noodzaak om er op toe te zien dat er adequaat onderzoek wordt uitgevoerd en dat aan de zorgplicht wordt voldaan. Voor niet-ingezetenen geldt net als voor inwoners van Zwitserland die zelfdoding

wensen te plegen dat de in aanbeveling nummer vier vastgelegde voorwaarden dienen te worden vervuld.

11. Maatschappelijke ontwikkelingen en risico's

In de toekomst dient er grote aandacht aan preventie van zelfdoding te worden geschonken, met name gezien maatschappelijke ontwikkelingen die het risico doen ontstaan dat mensen in extreme situaties ertoe gebracht kunnen worden hulp bij zelfdoding als reguliere voorziening te aanvaarden.

12. Behoeft aan wettelijke voorschriften

Gegeven de huidige wettelijke situatie is er behoefte aan nieuwe regelgeving om er voor te zorgen dat:

- a. voordat er een beslissing wordt genomen om tot hulp bij zelfdoding over te gaan er in elk individueel geval adequaat onderzoek wordt gedaan;
- b. niemand kan worden verplicht tot het verlenen van hulp bij zelfdoding;
- c. hulp bij zelfdoding niet wordt uitgevoerd indien de drang tot zelfdoding het gevolg of een symptoom is van een psychische stoornis;
- d. in geval van aanbeveling nummer zeven, minderheidsstandpunt, hulp bij zelfdoding niet aan kinderen en adolescenten wordt verleend;
- e. organisaties op het gebied van een vrijwillig levenseinde onder overheidstoezicht staan.

Wat doet EXIT-ADMD?

Onze vereniging EXIT-ADMD in het Franssprekende deel van Zwitserland is opgericht in 1982 en heeft thans een kleine 14.000 leden. EXIT-Deutsche Schweiz, eveneens opgericht in 1982, telt bijna 54.000 leden. De twee verenigingen zijn autonoom en onafhankelijk, maar passen dezelfde criteria toe bij hulpverlening aan hun leden.

Onze vereniging honoreert aanvragen voor hulp bij zelfdoding als patiënten aan de volgende vijf voorwaarden voldoen:

- wilsbekwaamheid;
- herhaald dringend verzoek;

- ongeneeslijke ziekte;
- ondraaglijk lichamelijk of geestelijk lijden;
- terminale prognose of ernstige handicap (in gevallen van niet-oncologische pathologie).

De voornaamste criteria wat betreft de ernst van de handicap zijn of een patiënt niet in staat is om minstens twee gewone dagelijkse verrichtingen uit te voeren zonder hulp van anderen, op permanente basis:

- aan- en uitkleden;
- opstaan, zitten en liggen;
- eten;
- zich wassen;
- naar het toilet gaan;
- zich kunnen verplaatsen;
- doofheid/blindheid of doofheid/slechtziendheid.

Leden die ons om hulp vragen dienen een kopie van hun medisch dossier te sturen, dat op verzoek door de arts moet worden verstrekt. Leden moeten voorts een met de hand geschreven brief sturen waarin zij op duidelijke wijze om hulp bij zelfdoding verzoeken. Als ze niet in staat zijn om te schrijven moet er ter bevestiging van het verzoek door een advocaat ten overstaan van getuigen een officieel stuk worden opgesteld. Na ontvangst van deze stukken bezoekt een medewerker van onze vereniging de patiënt om de situatie te beoordelen en het verzoek met vrienden en verwanten te bespreken. Patiënten krijgen de tijd om vóór de vastgestelde datum alles nog eens te overwegen. Dit geeft ze de tijd om hun papieren te regelen en afscheid te nemen van vrienden en familie en vooral om tot de laatste minuut van gedachten te kunnen veranderen. Onze medewerkers zijn vrijwilligers en worden gedreven door medeleven. Wanneer de voor de zelfdoding vastgestelde datum aanbreekt, brengt de medewerker de dodelijke cocktail naar de patiënt die deze dan zelf opdrinkt en zo de laatste handeling volbrengt die hem of haar van dit leven bevrijdt. Onze aanwezigheid geeft op dit buitengewoon emotionele moment morele steun aan de familie. Na constatering van de dood lichten wij de gerechtelijke autoriteiten in. Die wijzen twee politieagenten en een lijkschouwer aan om een lijkschouwing te verrichten. Zij stellen de rechter op de hoogte van de omstandigheden van de patiënt en redenen voor de zelfdoding.

Alvorens u een casus te schetsen wil ik graag nog even een aantal feiten over de activiteiten van onze vereniging in 2005 voor u op een rijtje zetten. Er kwamen 202 aanvragen voor hulp bij zelfdoding binnen. In 54 gevallen (32 vrouwen, 22 mannen) is deze aanvraag gehonoreerd. Redenen voor de aanvraag waren achtereenvolgens: kanker (24), neurologische pathologie (15), vasculaire pathologie (3), respiratoire pathologie (2), complexe invaliderende pathologie (9) en AIDS (1). 43 Mensen stierven thuis (23 vrouwen, 20 mannen) en elf (9 vrouwen, 2 mannen) binnen een (medisch-sociale) instelling. De leeftijd van de mensen liep van 44 jaar tot 102 jaar.

Casus

Ik wil u nu het verhaal van een patiënt vertellen dat op het gehele Franssprekende deel van Zwitserland een diepe indruk heeft nagelaten. Er werd een groot krantenartikel aan gewijd, waarin verschillende indringende vragen werden gesteld.

Het gaat over het levenseinde van een vrouw van 82 jaar die sinds 1965 in een plaatselijk zorgcentrum is opgenomen vanwege gevorderde sclerose. Het zorgcentrum is een bejaardentehuis met medische faciliteiten.

Op 19 juni 2001 wordt mevrouw K. lid van onze vereniging EXIT-ADMD en verzoekt dringend om hulp bij zelfdoding. Zij laat haar advocaat naar het bejaardentehuis komen en deze maakt een beëdigde verklaring op waarin haar verzoek ten overstaan van twee getuigen wordt bevestigd: *‘Ondergetekende, zich bewust zijnde van haar huidige gebrekkige gezondheidstoestand en de onomkeerbare aard van de ontwikkeling van haar ziekte en van haar totale en blijvende lichamelijke afhankelijkheid, brengt in het onderhavige document haar uitdrukkelijke wens tot uiting om hulp te krijgen bij haar zelfdoding en machtigt de Vereniging EXIT hiernaar te handelen. Ondergetekende verklaart dat zij volledig bewust is van de gevolgen van haar beslissing.’*

Op 20 juli 2001 bezoek ik het zorgcentrum om persoonlijk met deze vrouw kennis te maken. Ik zie een patiënte voor me die kalm, helder en in het volledige bezit van haar verstandelijke vermogens is. Zij is aan bed gekluisterd en totaal invalide als gevolg van verlamming van alle vier haar ledematen. De vrouw klaagt over haar totale afhan-

kelijkheid en het voortschrijden van haar ziekte dat zich uit in beginnend dubbelzien en een licht slikprobleem.

Na een lang gesprek bevestigt zij tegenover mij haar verzoek om hulp bij zelfdoding. Ze kan nu nog slikken. Ik heb vervolgens een gesprek met de dochter van deze patiënte en de hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum.

Op 27 juli 2001 bezoek ik haar voor de tweede keer en tijdens dit nieuwe gesprek herhaalt mevrouw K. haar verzoek. Vervolgens heb ik een onderhoud met de tweede dochter van de patiënte, de hoofdverpleegkundige en de arts die met de leiding van de instelling is belast. Laatstgenoemde weigert beleefd maar stellig aan het verzoek van patiënte gehoor te geven; hij is mordicus tegen hulp bij zelfdoding in zijn instelling: *'Mevrouw K. zal moeten vertrekken en elders sterven.'*

Op 10 augustus 2001 bezoek ik het zorgcentrum voor de derde maal. Mevrouw K. volhardt nog steeds in haar verzoek en ze vertelt me dat er 'vriendelijke' druk op haar is uitgeoefend om van gedachten te veranderen. Ze heeft bezoek gehad van een kapelaan die haar, tevergeefs, heeft onderhouden over zonde en de hel. Ze heeft ook een psychiatrisch onderzoek ondergaan ter evaluatie van haar beoordelingsvermogen en de diepte van haar depressie. De uitkomst: geen enkel teken dat op geestelijke verwarring wijst.

Mevrouw K. wil dat haar levensbeëindiging op 17 augustus 2001 plaatsvindt. Rekening houdend met haar vastberadenheid en het feit dat er geen mogelijkheid bestaat om haar in het zorgcentrum te helpen, spreek ik met haar twee dochters over een alternatieve locatie waar ze zou kunnen worden geholpen. Een van de dochters woont in een studio op de vierde verdieping van een huis zonder lift. De andere dochter woont in een boerderij in de Franse Jura en stelt voor haar moeder met behulp van haar *camper* naar haar huis over te brengen. Ik leg aan de twee dames uit dat overbrenging naar Frankrijk uiteraard onmogelijk is vanwege de Franse wetgeving. Maar de *camper* biedt wel een oplossing, iets wat de oude dame zelf voorstelt. Op diezelfde dag, 10 augustus, deelt de hoofdverpleegkundige van het zorgcentrum ons mee dat mevrouw K. de volgende dag naar het academisch ziekenhuis van Lavigny zal worden overgebracht om een speciaal neurologisch en neuropsychologisch onderzoek te ondergaan. Deze verplaatsing druist in tegen de wens van patiënte en haar dochters.

Op 16 augustus 2001 bezoek ik het ziekenhuis van Lavigny voor een vierde bespreking met mevrouw K. Bij deze bespreking zijn ook de twee dochters, het hoofd van de afdeling neurologie en de hoofdverpleegkundige aanwezig. De arts bevestigt dat de patiënte helder van geest is, niet depressief is en dat haar beoordelingsvermogen volledig intact is. Hij bevestigt dat er geen genezende behandeling mogelijk is, maar stelt voor haar naar een ander zorgcentrum over te brengen waar palliatieve zorg zal worden geboden. Patiënte wijst dit idee resoluut van de hand. Ze uit nogmaals haar verzoek om hulp bij zelfdoding op de volgende dag, 17 augustus, als gepland. De directie van het ziekenhuis weigert categorisch de hulp bij zelfdoding binnen de instelling, maar ze is er niet op tegen dat 'overbrenging van de patiënte naar elders door ons zou worden geregeld'. Op 17 augustus 's middags ga ik weer naar het ziekenhuis van Lavigny voor een vijfde bezoek. De hoofddarts van het ziekenhuis en haar twee dochters zijn aanwezig. Patiënte blijft volharden in haar verzoek. Vervolgens brengen we mevrouw K. volgens haar wens over naar de *camper*, die intussen op de parkeerplaats van het ziekenhuis is geplaatst.

Nadat wij haar comfortabel hebben geïnstalleerd, overhandig ik haar een bekertje met daarin een drinkbare oplossing pentobarbital. Ze drinkt dat zelf met behulp van een rietje tot de laatste druppel op; om er absoluut zeker van te zijn dat ze haar doel om uit het leven te stappen zal bereiken. Na enige tijd valt mevrouw K. in slaap, raakt langzaam in een diep coma en overlijdt. Ik licht de politie in, die, in gezelschap van een lijkschouwer ter plaatse arriveert om onderzoek te doen. Het lichaam van de patiënte wordt vervolgens overgebracht van de parkeerplaats van het ziekenhuis van Lavigny naar het universitair instituut voor forensische geneeskunde. Dit ten behoeve van een extern onderzoek en opstelling van een verslag voor de onderzoeksrechter.

De onderzoeksrechter sluit zijn onderzoek af zonder juridische stappen te zetten, overeenkomstig artikel 115 van het Zwitsers *Wetboek van Strafrecht*.

De omstandigheden rond de hulpverlening aan mevrouw K. waren uitermate gecompliceerd als gevolg van de belemmeringen die door de zorginstellingen werden opgeworpen. Naar aanleiding van deze dramatische situatie verklaarde een Kantonale Ethische Commissie

in Neuchâtel dat de toetssteen in elk debat over hulp bij zelfdoding moet zijn eerbiediging van de mensenrechten. Er bestaat geen enkele reden waarom de bewoners van een verpleeghuis niet dezelfde rechten zouden mogen genieten als mensen die in hun eigen huis wonen.

In feite heeft iemand die in een zorgcentrum woont er in vele gevallen niet voor gekozen om daar te verblijven. Het zijn de omstandigheden van het leven die hem of haar daar hebben doen terechtkomen. Verder is een vrije keuze van zorgcentrum veelal niet mogelijk vanwege plaatsgebrek. Opname in een tehuis houdt in de ogen van veel mensen een aanzienlijk verlies van zelfstandigheid voor de patiënt in. Het is belangrijk om hier het principe van subsidiariteit te benadrukken. Dit houdt in dat de instelling zo weinig mogelijk in het leven van de bewoner ingrijpt.

Met name geldt dat de instelling geen zeggenschap mag hebben over of ingrijpen in de contacten (bezoekers, correspondentie) die de bewoner met de buitenwereld heeft. Aan de andere kant geldt dat het leven binnen een tehuis een collectief aspect heeft, dat de bewoner niet kan negeren. Binnen een dergelijke instelling kan men een persoon niet als geval apart zien, omdat hij of zij het middelpunt vormt van een netwerk van relaties: ouders, vrienden, andere bewoners, het team van zorgverleners, vrijwilligers, etc. Ook al worden deze relaties veelal niet door de betrokkene zelf gekozen, dan zijn de gevormde bindingen niettemin van zeer reële aard en mag daar niet aan voorbij worden gegaan.

Aan de autonomie van een bewoner worden vaak grenzen gesteld door het zojuist beschreven sociale element binnen de instelling. Deze inperking mag echter nooit zo ver gaan dat aan iemand het recht op zelfdoding wordt ontnomen.

In de meeste gevallen wordt een verzoek om hulp bij zelfdoding gezien als een teken dat het zorgsysteem heeft gefaald. De zorgverlener moet nochtans bedenken dat de criteria voor de evaluatie van de kwaliteit van het leven uiterst persoonlijk zijn en veelal geen enkel verband houden met de kwaliteit van de zorg die door de zorginstelling wordt geboden.

Ethisch gezien wordt van zorgverleners niettemin geëist dat ze een patiënt, die een standpunt inneemt dat afwijkt van het hunne, niet afwijzen. In deze zin is het idee dat een patiënt uit een instelling kan

worden verwijderd en verzocht wordt 'zelfdoding elders te plegen' volkomen onaanvaardbaar. Meningsverschillen moeten aan de orde worden gesteld en besproken, zodat de meest humane oplossingen aan bod komen en de wensen van de patiënt gerespecteerd worden. De moed en vastberadenheid van mevrouw K. in de strijd die ze voerde om te mogen sterven heeft de deuren van de medisch-sociale instellingen geopend voor hulp bij zelfdoding in Franssprekend Zwitserland.

Tot slot

Als voorzitter van EXIT-ADMD in het Franssprekende deel van Zwitserland en als ondersteunende persoon heb ik de zware last op mij genomen om verschillende mensen hulp te verlenen bij hun zelfdoding. Deze zieke mensen hebben mij het voorrecht gegund om in de kring van naaste familieleden te worden opgenomen bij de voorbereiding en organisatie van hun afscheid van het leven.

De momenten die ik met hen en hun familieleden heb gedeeld zijn de meest intense, diepste en meest waarachtige momenten die ik ooit heb beleefd. Elke keer dat ik mensen heb bijgestaan was dat een moment met een buitengewoon emotionele lading, dat diep in mij doorwerkte. Op deze unieke momenten is spiritualiteit een privilege. Ik herinner mij in het bijzonder een geval waarin een priester, een jarenlange vriend van de familie, erin toestemde om aanwezig te zijn bij het afscheid. Eerst las hij psalmen voor waar de zieke met intens genoegen naar luisterde. Toen zei hij hem vaarwel en bad dat het licht van Christus de vallei des doods zou verlichten wanneer hij op het punt stond deze over te steken....

Ik heb nooit spijt gevoeld over de hulp die ik bij zelfdodingen heb verleend, omdat ik iets voor iemand anders kon doen waarvan ik hoop dat iemand dat ook voor mij zou doen.

Men moet voorbereid zijn op de dood en men kan dit op serene wijze doen. Voor sommige mensen is de dood iets even natuurlijk als het leven. Het opent een deur naar nieuwe hoop.

We moeten niet bang zijn om over de dood en het eind van het leven van een patiënt te praten als de patiënt dit onderwerp wil bespreken. De dood is een gebeurtenis die waard is ons op voor te bereiden, en waar in een kalme, serene sfeer mee kan worden omgegaan.



Psychiaters laten patiënten soms in de steek

In het middagprogramma werd vanuit meerdere disciplines ingegaan op hulp bij zelfdoding aan psychiatrische patiënten. Grenzen, waartegen men aanloopt en hoe daar mee om te gaan, komen ter sprake.

*Fred Verbakel **

Steun door de NVVE

‘Graag had ik vanmiddag een wat positiever beeld willen schetsen over de psychiatrie en vragen naar een vrijwillig levenseinde en de hulp die daar bij geboden zou kunnen worden. Het zou toch een mooi moment geweest zijn als we bij het afscheid van Martine Cornelisse en Danny Bobbe zouden kunnen vaststellen dat de geestelijke gezondheidszorg hun functie overbodig gemaakt zou hebben.’ Met deze woorden opende Johan Huisman, psychiater en bestuurslid van de NVVE het minisymposium ‘Vragen vanuit de psychiatrie’.

Bobbe en Cornelisse waren tot voor kort als psychologen in dienst van de NVVE. De twee *parttimers* werkten speciaal voor de hulpvragers uit de psychiatrie: grofweg mensen van onder de 65 jaar, die niet lijden aan een somatische ziekte. Anderen krijgen steun van vrijwillige medewerkers.

‘Het liefst hadden wij gezien dat ons soort hulpverlening inmiddels een gewoon onderdeel zou zijn van de reguliere GGZ, zodat, onder ruime voorwaarden, hulp aan serieuze zelfdoders door niet-medici niet langer strafbaar zou zijn volgens artikel 294 van het *Wetboek van Strafrecht*. Maar zo ver is het nog niet, ik vrees: nog lang niet,’ zei Martine Cornelisse. ‘En wij zijn dus blij dat de NVVE opnieuw een psycholoog heeft aangesteld waardoor mensen met een psychiatrische achtergrond in ieder geval bij de NVVE goed terecht kunnen.’ Per jaar richten zich zo’n 150 mensen, die op grond van psychiatrisch lijden een doodswens hebben, tot de NVVE. ‘Dit betekent dat wij in onze loopbaan hier met meer dan 2000 mensen uit die groep contact hebben gehad.’ Ze voelen zich afgewezen door de GGZ en de psychiater in het bijzonder. Een onbekend aantal wendt zich tot de Stichting De Einder en de Stichting Vrijwillig Leven, voegde Huisman daar aan toe. Hij vroeg zich af hoe het is gesteld met de houding van de psychiater en andere hulpverleners indien een

patiënt een overtuigende doodswens uit. 'Ik ben enigszins hoopvol gestemd over de rol van de verpleegkundigen. Hun opleiding en training zijn verbeterd en leiden nu tot minder paniek dan enkele decennia terug.'

Richtlijnen

Vervolgens komt de psychiater in beeld die zich een oordeel moet gaan vormen. Hij heeft een beschermende rol voor patiënten bij wie het verband tussen een duidelijke psychiatrische stoornis en drang tot zelfdoding evident is. Bijvoorbeeld de suïcidale, depressieve patiënt met een armoede- of zondewaan, aldus Huisman.

In 1994 oordeelde de Hoge Raad in de zaak van psychiater Chabot dat uitzichtloos en ondraaglijk lijden ook kan gelden voor een patiënt met een psychiatrische aandoening. Hulp bij zelfdoding werd gerechtvaardigd, zij het dat van de arts een uitzonderlijke behoedzaamheid wordt gevraagd bij het geven van die hulp. Het arrest werd een richtsnoer voor de richtlijncommissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie waarvan psychiater Tholen voorzitter was. In 1998 verscheen de eerste versie van de richtlijn hoe om te gaan met een verzoek om hulp bij zelfdoding door patiënten met een psychiatrische stoornis, met een herziene versie in 2004. Fons Tholen gaf een beeld over hoe de psychiatrie de voorbije tien jaar met zelfdoding is omgegaan.

Navraag bij het landelijk secretariaat van de regionale toetsingscommissies leert dat in 2000 voor de laatste maal een melding is gedaan.

Bekendheid met de richtlijn lijkt minder geworden, hetgeen vooral geldt voor de vele nieuwe artsen in opleiding tot psychiater. De herziene versie uit 2004 is alleen op het besloten gedeelte geplaatst van de website van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Zonder ruchtbaarheid. Het bestuur wilde geen hernieuwde discussie over dit gevoelige medisch-ethische onderwerp. Om de betrokkenheid van de psychiater te verbeteren zou onze beroepsvereniging weer meer aandacht moeten geven aan de richtlijn. Maar ook aan suïcide en suïcidepreventie. Er is verder dringend behoefte aan collega's die als SCEN-arts kunnen fungeren met nadruk op de S van steun. Ook hier zou onze beroepsvereniging het voortouw kunnen nemen, aldus psychiater Huisman. 'Er gaat soms een lange worste-

ling vooraf aan het moment dat de patiënt over zelfdoding begint te praten. Soms maakt hij of zij de psychiater deelgenoot van de worsteling en kunnen ze samen zoeken naar mogelijkheden voor levenshulp.'

Ervaringsdeskundigen

Als de patiënt genoeg heeft van de professionele hulpverlening is het Klaverblad in Eindhoven een mogelijkheid om met bondgenoten z'n doodswens te onderzoeken. Jolanda Soethout en Koos Jacobs van het Klaverblad voerden op het symposium ook het woord. Ze noemen zich, met zelfspot, ervaringsdeskundigen. 'Praten over de dood werkt als een medicijn,' zei Koos Jacobs. Na veertig jaar psychiatrische hulp is ze nu vrijwilligster. 'We bespreken in ons huis als bondgenoten onder elkaar dezelfde problemen. Praten over de dood werkt als medicijn, al word je er ook wel eens zat van. We luisteren en luisteren naar elkaar en zeggen niet, als de psychiaters, dat na een half uur de tijd om is.' Jolanda Soethout: 'Buiten mag je nooit praten over de dood. Onder het motto: over iets wat je niet kent kun je niets zeggen. Alles is gericht op het leven. Er heerst angst voor de dood. Mensen liggen niet op het kerkhof, ze rusten er. Of ze zijn in de hemel bij de engeltjes. Ik heb nu geen doodswens meer maar ook geen levenswens.'

Informatie geven mag

In zijn inleiding zei Johan Huisman dat er een moment kan komen dat de patiënt aangeeft het '*point of no return*' bereikt te hebben. Het zou mooi zijn als de psychiater met de patiënt zou durven meegaan en niet direct verwijst naar NVVE, De Einder of anderszins wegloopt voor de zienswijze van de patiënt. De richtlijn van de beroepsvereniging kan voldoende ruimte bieden voor een individuele invulling voor de patiënt, levenshulp of toch toetsing van de zorgvuldigheidscriteria voor hulp bij zelfdoding. Ik ben er van overtuigd dat uiteindelijk meer patiënten met een chronisch psychiatrische aandoening in aanmerking komen voor gerechtvaardigde hulp bij zelfdoding, aldus Huisman. Maar hoe om te gaan met patiënten met een aanhoudende doodswens die niet redelijkerwijs voldoen aan de zorgvuldigheidscriteria? Meestal gaat het dan over patiënten voor wie nog een of meer behandelopties open liggen. Maar ze willen niet meer.

De smalle marge die volgens de jurisprudentie overblijft is het geven van informatie over zelfdoding, als die informatie maar niet op instructie lijkt. Beter zou het zijn als artikel 294 lid 2, gewijzigd wordt in samenhang met de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding*. Andere te formuleren zorgvuldigheidscriteria voor hulp bij zelfdoding zouden meer rekening kunnen houden met de autonomie van de patiënt. De lat zou, ook voor de psychiatrische patiënt, minder hoog moeten liggen, aldus Huisman.

Bij de discussie voegde een collega-psychiater aan de woorden van Johan Huisman toe: 'Psychiatrische patiënten worden altijd maar van een zelfgekozen einde weggehouden. Die keuze wordt ze ontzegd, zelfs al zijn ze onbehandelbaar. Iedereen is bang zijn vingers te branden. Laten we in het vervolg spreken van *'cancer of the mind'*. De patiënt is verantwoordelijk voor z'n overlijden. Niemand anders.' Voor die uitspraak kreeg hij algemene bijval.

Levensadviezen

Degene die informatie geeft over zelfdoding is kwetsbaar, zei Huisman. De afscheid nemende Martine Cornelisse lichtte dat toe. Een keer is ze juridisch vervolgd. Een onaangename ervaring maar na talrijke verhoren van haarzelf en van haar omgeving werd ze vrijgesproken. In het vonnis stond: 'Verdachte heeft zich beperkt tot het doen van louter informatieve mededelingen en het bieden van morele steun. (...) Verdachte heeft op geen enkel moment het initiatief genomen; dat is steeds van mevrouw X zelf uitgegaan. Ook heeft verdachte nimmer de regie in handen gehad.'

Cornelisse: 'Strafbaar is ons werk dus niet: wij verstrekken geen medicijnen. We wijzen wel op voorhanden informatie. En het mooie is dat de serieuze aandacht en de kennis over methoden van zelfdoding op een aantal van onze cliënten een rustgevend effect heeft en een brug wordt, terug naar het leven. Danny zei laatst nog: 'wij geven vaak levensadviezen. En die pikken ze van *ons* wel omdat we door onze manier van spreken weinig weerstand opwekken. Ze hoeven zich bij ons niet te verdedigen. Wij hebben de indruk dat we door onze aanpak een aantal mensen hebben kunnen afhouden van een impulsieve of invaliderende poging. Volgde wel zelfdoding, dan geschiedde die in de meeste gevallen op een weloverwogen en niet-gruwelijk wijze.'

* Mr. F.B. Verbakel is lid van de redactie van *Relevant*.



Workshop niet-medische 'hulp' bij zelfdoding

Aan de hand van casuïstiek gingen 's middags, onder leiding van NVVE-directeur Rob Jonquière, hulpverleners van de NVVE, Stichting De Einder, het Humanistisch Verbond, Stichting Vrijwillig Leven, patiënten vertrouwenspersonen en maatschappelijk werkers op zoek naar de grenzen van hulp bij zelfdoding. Vrijwillig medewerker van de Ledenondersteuningsdienst Cees ten Have legde de casus voor: welke ondersteuning kunnen niet-medische hulpverleners geven en welke niet? En welke dilemma's komen ze in de praktijk tegen?

*Marleen Peters **



Casus

Aan de telefoon is Leo. Hij is sinds vier jaar lid van de NVVE en in het bezit van Het Schotse boekje over methoden van zelfdoding. Het boekje wordt door de NVVE op verzoek verstrekt aan leden die minstens drie maanden lid zijn. Mede op basis van dit boekje en geholpen door informatie die hij op internet vond, heeft Leo de afgelopen twee jaar medicijnen verzameld. Hij denkt dat hij nu voldoende pillen heeft om een einde aan zijn leven te maken, maar wil dit vooraf checken om er zeker van te zijn dat alles goed gaat.



Niemand van de hulpverleners is bereid om Leo aan de hand van deze summiere gegevens de gevraagde informatie te geven. Iedereen zegt eerst te zullen doorvragen: 'Hoe lang heeft u deze gedachte al?'; 'Wat heeft u gespaard?'; 'Heeft u het boekje goed gelezen?'; 'Is er contact geweest met de huisarts?'; 'Weten uw naasten ervan?'; 'Welke hulp verwacht u concreet?'

Ook als Leo blijft aandringen dat hij alleen maar praktische informatie wil en vindt dat de hulpverlener niets met zijn persoonlijke situatie te maken heeft, gaat niemand daarin mee. Ze zijn alleen bereid 'secundaire' antwoorden te geven op zijn vragen. 'Ik ben heel erg tegen: u eist, wij draaien'; 'Je voelt je toch meegesleept in het traject. Als het tot zelfdoding komt moet ik er ook mee kunnen leven'; 'Deze vragen moeten wel gesteld worden om een vertrouwensband te krijgen.' De algemene teneur is dat het zelfbeschikkingsrecht een groot goed is, maar dat het ophoudt op het moment dat een ander erbij betrokken wordt.

Voor de NVVE geldt dat over dit soort zaken eigenlijk nooit telefonisch wordt gesproken. En vrijwel alle deelnemers onderschrijven dit: de informatie die Leo vraagt kan alleen in een één-op-één contact gegeven worden.

Vervolg casus

Leo vertelt dat hij 55 jaar is en samenwoont met een man. Hij heeft een paar jaar geleden al een keer een suïcidepoging gedaan. Die dus is mislukt en dat wil hij niet nog een keer meemaken. Hij zegt dat hij al zijn hele leven veel ziek is en onder begeleiding staat van zijn huisarts en het RIAGG. Hij wil vooral weten of de hoeveelheid pillen die hij heeft gespaard voldoende is. Uiteindelijk wil hij wel een afspraak maken met de hulpverlener maar dan mag zijn partner daar niets van weten.

‘Ik begin ‘om’ te gaan,’ zegt een van de deelnemers. ‘Als ik de wetenschap zou hebben dat de pillen voldoende zijn, dan zou ik antwoorden. Zo niet dan zal ik hem doorverwijzen. En dan kun je alsnog kijken of hij zijn verhaal wil vertellen. Voor mij is dan de kous af, het is zijn weg die hij gaat.’ ‘Ja wie ben ik,’ valt een ander hem bij. ‘Het gaat niet om meeleven, maar om meedenken. Is dat dan: u vraagt wij draaien? Ik respecteer gewoon zijn wens.’

Een van de deelnemers noemt het ernstig dat de partner van Leo buitenspel wordt gezet. Zij zal alleen informatie geven als ze weet dat de partner van Leo er ook bij betrokken wordt. Een andere hulpverlener wil niet zover gaan, maar zal Leo wel vragen of hij het met zijn partner wil bespreken of in ieder geval wil overwegen een brief achter te laten voor zijn partner om zo het verdriet voor de nabestaanden te verzachten. ‘Maar dat is zijn verantwoordelijkheid, niet de mijne.’

Een ander merkt op dat hij minimaal toch wel zeker wil weten dat Leo de medicijnen voor zichzelf gaat gebruiken. ‘Je moet uitsluiten dat hij ze voor zijn partner gebruikt. Die man heeft misschien wel een motief om zijn vriend om te brengen.’

Vervolg casus

Als medewerker van de Ledenondersteuningsdienst van de NVVE ga ik bij Leo op huisbezoek en er volgt een uitgebreid gesprek. Leo heeft al zijn hele leven kwaaltjes en ziektes, zoals eczeem en astma. Daarnaast

heeft hij spijsverteringsstoornissen waardoor hij niet alles meer kan en mag eten. Dat vindt hij vreselijk, want juist lekker eten maakt voor hem onderdeel uit van een goed bestaan. Door de astma is hij regelmatig, tot stikken aan toe, opgenomen in het ziekenhuis. Door al die aanvallen is de ‘rek’ uit zijn longen en heeft hij longemfyseem.

Doordat zijn ouders zijn homoseksualiteit niet wilden accepteren, heeft hij een moeilijke jeugd gehad. Hij vertelt ook een vaag verhaal dat kan duiden op incest. Hij is daarom vroeg het huis uit gegaan. Pieter ontmoette hij twintig jaar geleden en hij heeft een goede relatie met hem. Volgens Leo mislukte zijn eerste suïcidepoging, met paracetamol en seresta (inmiddels vier jaar geleden), omdat hij te vroeg door zijn vriend werd gevonden. Hoewel Pieter wist dat Leo uit het leven wilde stappen en had gezegd die wens te willen respecteren, schrok hij zo dat hij meteen een ambulance belde. Leo neemt het zijn vriend niet kwalijk omdat hij denkt dat Pieter wel heel goed begrijpt dat dit leven voor hem niet meer zinvol is. Door de reactie van Pieter op zijn eerste poging denkt hij dat het voor zijn vriend ondoenlijk is vooraf te weten dat hij weer een poging zal gaan doen.

Leo zegt goed met zijn huisarts te kunnen opschieten en hij komt regelmatig voor gesprekken bij het RIAGG. Ze weten van zijn wens en waarschijnlijk vermoeden ze wel dat hij nogmaals zal proberen een einde aan zijn leven te maken. Maar gesprekken daarover heeft hij tot nu toe afgehouden. Met zijn huisarts heeft Leo wel eens over euthanasie en hulp bij zelfdoding gesproken. Maar de huisarts denkt niet dat een SCEN-arts ooit bereid zal zijn een positief advies uit te brengen en dus kan hij niet helpen.

Zijn lijden wordt door de huisarts en de RIAGG als psychisch aangeduid. ‘Alles is naar mijn hoofd geslagen’, zoals Leo dat zelf noemt. Hij heeft heel veel hoofdpijn, is vaak duizelig, valt regelmatig en durft daardoor niet meer te fietsen waardoor hij nog maar weinig buiten komt. Hij is humeurig geworden, scheldt Pieter regelmatig uit en wil ook hem dit uitzichtloos lijden niet langer aandoen. Inmiddels heeft hij zijn wilsverklaringen ingevuld. Hij wil van mij weten of de medicijnen die hij in huis heeft, antidepressiva, oxazepam en slaatabletten, voldoende zijn om zijn leven te beëindigen en zo niet, waar en hoe hij andere pillen kan krijgen.

Het eerste waar de deelnemers aan de workshop over vallen is dat de huisarts meent dat geen enkele SCEN-arts met hem in zee wil gaan. Ze hebben het gevoel dat hij de SCEN-arts als excuus gebruikt. Ze vragen zich af of de arts dit wel geprobeerd heeft. Ze willen wel eens met hem gaan praten, omdat zij vinden dat deze hulp veruit te prefereren is boven zelfdoding met opgespaarde middelen. Een van de deelnemers, die eerst nog voorzichtig was, zegt na dit verhaal gehoord te hebben er geen probleem meer mee te hebben de gevraagde informatie aan Leo te geven. Hij krijgt daarbij steun: 'Als je antwoord geeft op de pillenvraag kan dit juist een opening bieden om verder te praten. Je laat zien dat je de doodswens serieus neemt.' Maar anderen zijn een stuk terughoudender. Zij willen eerst nagaan wat Leo precies met zijn vraag bedoelt. Zou er misschien een vraag (om aandacht?) achter de vraag kunnen zitten?

Vervolg casus

Ik zeg dat ik me in zijn doodswens kan verplaatsen. Op de vraag waarom hij Pieter er niet bij wil betrekken, begint hij te aarzelen: hij is eigenlijk bang dat zijn partner hem zal proberen tegen te houden uit angst dat het weer niet gaat lukken en zijn toestand daarna nog slechter wordt. Ik stel voor om Pieter toch bij een volgend gesprek uit te nodigen. Dat aanbod neemt Leo uiteindelijk graag aan. Verder vertel ik dat ik het jammer vindt dat de huisarts, mogelijk gesteund door een advies van een RIAGG-medewerker, al zo snel 'nee' heeft gezegd. Heeft Leo dat wel goed met zijn huisarts besproken en het 'beestje' bij de naam genoemd? Misschien is de huisarts wel bereid hem de juiste medicijnen voor te schrijven? Ik vertel dat de medicatie die hij heeft gespaard in alle opzichten onvoldoende is om een einde aan zijn leven te maken en biedt aan om mee te gaan naar de huisarts als dit het gesprek makkelijker maakt.

Een enkeling vindt het te ver gaan om mee te gaan naar de huisarts. 'Ik heb niks toe te voegen, ik ben geen medicus.' Wel is iedereen het erover eens dat ze Leo zouden adviseren hoe hij met de huisarts moet praten en wat hij moet vragen. Anderen zeggen zeker met Leo mee te zullen gaan: 'Uit het verhaal denk ik op te kunnen maken dat de relatie met de huisarts niet optimaal is, dat lijkt me voldoende

reden'; 'De patiënt is vaak niet assertief genoeg is en zo ontstaan er regelmatig misverstanden.'

De meeste deelnemers gaan voor een middenweg: ze adviseren Leo in eerste instantie zelf met de huisarts te gaan praten. Lukt dat niet, dan zouden ze alsnog mee willen gaan.

Iemand merkt op de huisarts er helemaal buiten te willen laten en andere wegen te zoeken. Ook vindt een deelnemer het in dit stadium nog te vroeg om naar de huisarts te stappen. Hij wil liever eerst kijken welke richting het gesprek op gaat, dus uitzoeken of er misschien toch 'een vraag achter de hulpvraag' zit. Hij adviseert het gesprek voort te zetten met Leo's partner erbij en pas daarna stappen te ondernemen.

Vervolg casus

Ik besluit om samen met Leo naar de huisarts te gaan. Maar eerst vindt een tweede gesprek plaats waarbij ook Pieter aanwezig is. Het gesprek zorgt voor veel opluchting. Pieter zegt dat hij al een tijdje door had dat Leo bezig was met zijn afscheid, maar durfde het onderwerp niet aan te zwengelen uit angst 'hem de dood in te praten'. Leo is opgelucht als hij hoort en voelt dat Pieter zijn verlies in levenslust herkent en zal accepteren – zij het met tegenzin – dat hij een einde aan zijn leven gaat maken. Pieter is zelfs bereid waar nodig een helpende hand te bieden. Afsproken wordt dat allereerst geprobeerd wordt de dokter om hulp te vragen.

In het gesprek met de huisarts blijkt dat diens weerstand tegen hulp bij zelfdoding vooral principieel van aard is. Hij begrijpt dat Leo lijdt, vindt dat ook vreselijk voor hem en Pieter, maar dat hoort volgens hem nu eenmaal bij het leven. En met de gesprekken die hij met hem en het RIAGG voert, gaat het toch redelijk? Ik stel voor dat de huisarts Leo doorverwijst naar een andere arts, maar dat blijkt in het stadije waar Leo woont niet tot de mogelijkheden te behoren. Door zijn klachten heeft Leo ongeveer alle artsen al eens aan zijn bed gehad. Maar alleen zijn huisarts leek zijn doodswens te begrijpen. De huisarts geeft aan desnoods in voorkomende situaties een behandelverbod te zullen respecteren, maar daar houdt zijn bemoediging en betrokkenheid op.

Ondanks het feit dat de medische weg nu is afgesloten, vinden velen het gesprek met de arts toch niet onbevredigend. 'Ik denk dat het

goed is dat de dokter het nu weet. Informeer hem over het tijdstip dat je de pillen inneemt. Dan kan hij zeggen: laat maar een paar uur voorbij gaan voordat je mij belt. De dokter zal dan niet als een 'vliegende keep' aan komen rennen om Leo voor de hemelpoort weg te slepen.' Leo wordt geadviseerd persoonlijke notities toe te voegen aan het behandelverbod en de papieren op zijn buik te leggen als hij de medicijnen inneemt.

Leo zal zelf moeten proberen andere medicijnen te krijgen. Maar hoe komt hij daaraan? 'Shoppen via internet'; 'Ga ze halen in Spanje'; 'Suggereer een ziekte zodat je de juiste medicijnen kunt verzamelen en de arts eraan mee kan werken', zijn enkele suggesties die worden gedaan.

Maar hoe weet Leo nu wel welke medicijnen hij nodig heeft en hoeveel? Geopperd wordt dat hem gezegd kan worden op welke pagina hij in *Het Schotse boekje* moet kijken. Een ander suggereert de passages die voor hem belangrijk zijn in het boekje te onderstrepen. Een van de deelnemers vindt dit maar 'moeilijk gedoe'. 'Ik vraag naar zijn leeftijd, lengte en hoeveel hij weegt, en dan geef ik die informatie gewoon.'

Maar mag dat eigenlijk wel? vragen de andere hulpverleners zich af. Valt dit nog onder het geven van advies of is dit instructie, wat in Nederland strafbaar is? De een denkt dat het nog net wel kan, maar anderen vermoeden dat dit al strafbaar is. 'Muns is onder andere veroordeeld omdat hij opgeschreven had welke medicijnen de vrouw nodig had, dus ik denk dat het niet mag.'

Een van de hulpverleners lost dit op door de hulpvrager zelf de vragen te laten stellen over de hoeveelheid pillen die hij nodig heeft. 'Dan hoef ik alleen 'ja' of 'nee' te antwoorden, dat kan toch niet strafbaar zijn?' 'Zorg er in ieder geval altijd voor dat het binnenskamers blijft wanneer je iemand vertelt welke medicijnen en hoeveel hij nodig heeft', merkt een ander nuchter op. Maar niet iedereen is bereid zover met de hulpvrager mee te gaan. 'Ik zou dat nooit doen. Ik geef slechts advies en daarmee houdt het op. Mijn cliënt moet zelf de nodige stappen ondernemen, dat is de beste overtuiging dat hij het ook echt wil.'

Het voorstel wordt gedaan om *Het Schotse boekje* te 'updaten' en hierin de gegevens op te nemen over de hoeveelheid medicijnen die iemand nodig heeft bij zijn lengte, gewicht, leeftijd en ziektebeeld.

Directeur Jonquière zegt dat dit al eerder is overwogen door de NVVE maar besloten is dit niet te doen. 'Het boekje, zoals het er nu ligt, is door het ministerie van Justitie aangemerkt als legaal. Als we het zouden aanpassen is het ineens ontdaan van hun goedkeuring en mogen we het misschien niet langer verstrekken aan leden.' Welke dilemma's niet-medische hulpverleners bij hulp bij zelfdoding tegenkomen, werd tijdens de workshop goed duidelijk. Maar op de vraag welke ondersteuning ze wel en niet mogen geven, werd geen eensluidend antwoord gevonden. 'Gepaste voorzichtigheid is dus geboden', merkt iemand op. Velen vinden het tijd dat artikel 294 van het *Wetboek van Strafrecht* wordt aangepast, zodat net als in Zwitserland ook niet-medische hulpverleners – mits zij zich aan de zorgvuldigheidscriteria houden – hulp bij zelfdoding mogen geven.

* H.A.M. Peters is eindredacteur van *Relevant*.



Artikel 293 en 294 Wetboek van Strafrecht

Artikel 293

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

Artikel 294

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

Jurisprudentie

1973 G.E. Postma-van Boven

De eerste belangrijke rechterlijke beslissing inzake euthanasie is genomen door de Rechtbank Leeuwarden.

Op 19 oktober 1971 dient een Friese arts haar doodzieke moeder een dodelijke injectie morfine toe. De arts was tot haar daad gekomen nadat haar moeder haar bij herhaling had verzocht een einde aan haar leven te maken.

De Rechtbank spreekt uit dat levensverkortend handelen gerechtvaardigd kan zijn als aan bepaalde voorwaarden is voldaan, te weten:

- De patiënt is door ziekte of ongeval ongeneeslijk ziek;
- Het lichamelijk of geestelijk lijden is voor de patiënt ondraaglijk;
- De patiënt heeft te kennen gegeven het leven te willen beëindigen;
- De ingreep is door een arts verricht.

Omdat de door de arts gebruikte methode als onjuist wordt beoordeeld wordt haar beroep op overmacht verworpen. Zij wordt, wegens overtreding van artikel 293, veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van een week met een proeftijd van een jaar.

Dit vonnis is heel belangrijk omdat in latere rechterlijke beslissingen de hier genoemde voorwaarden een belangrijke toetssteen zijn voor de toelaatbaarheid van euthanasie én hulp bij zelfdoding.

1981 C. Wertheim-Elink Schuurman

Een tweede belangrijke beslissing is die van de Rechtbank Rotterdam. In deze zaak gaat het om een vrouw (geen arts) die een andere vrouw behulpzaam is bij zelfdoding. Op haar verzoek zorgt zij voor het dodelijk medicijn en dient haar dit toe, waarna de ander overlijdt.

Betreffende vrouw was alcoholiste en vanaf haar jeugd was haar leven een aaneenschakeling van ellende. Ze leefde geïsoleerd en dacht aan kanker te lijden.

De Rechtbank overweegt:

- dat tegenwoordig volgens velen – anders dan ten tijde van het

opstellen van het *Wetboek van Strafrecht* – zelfdoding in uitzonderlijke gevallen niet per se onaanvaardbaar is;

- dat het zowel voor de betrokkene als voor de omgeving van groot belang is dat dit niet op gruwelijke wijze gebeurt;
- dat dit in het algemeen niet mogelijk is zonder de hulp van anderen.

De Rechtbank grijpt terug op de criteria van de Rechtbank Leeuwarden. Aan deze criteria voegt zij een nieuw zorgvuldigheids criterium toe:

- de beslissing om hulp te verlenen mag niet door één persoon worden genomen en bij de beslissing dient altijd een arts betrokken te zijn, die het te gebruiken middel zal voorschrijven.

De Rechtbank acht hulp bij zelfdoding bewezen (*Wetboek van Strafrecht* artikel 294). Omdat aan de meeste voorwaarden niet is voldaan (o.a. de vrouw is geen arts!) wordt het beroep op overmacht in de zin van noodtoestand niet gehonoreerd. De vrouw wordt veroordeeld tot een voorwaardelijke gevangenisstraf van zes maanden met een proeftijd van een jaar.

Dit vonnis is belangrijk omdat hierin voorwaarden worden geformuleerd voor een geslaagd beroep op overmacht in de zin van noodtoestand voor hulp bij zelfdoding.

1983-1986 P.L. Schoonheim

Een huisarts beëindigt het leven van een hoogbejaarde vrouw op haar uitdrukkelijk en ernstig verlangen door toediening van een dodelijke injectie.

Op de rechtszitting te Alkmaar wordt de arts ontslagen van rechtsvervolging. De overwegingen die leidden tot deze uitspraak waren de volgende:

- Het zelfbeschikkingsrecht inzake levensbeëindiging wordt in steeds breder kring aanvaard;
- Om het eigen leven op aanvaardbare wijze te beëindigen is hulp van derden noodzakelijk. Daarom ontbreekt bij het verlenen van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging de materiële wederrechtelijkheid, ook al is in formele zin sprake van overtreding van artikel 293 van het *Wetboek van Strafrecht*. Anders gezegd: Een op zichzelf strafbare handeling (toepassen van euthanasie) wordt

niet gestraft omdat dit de enige wijze is om het geoorloofde doel (het recht van een patiënt op aanvaardbare manier zijn leven te beëindigen) te bereiken;

- Afwezigheid van materiële wederrechtelijkheid bij deze hulpverlening kan alleen aangenomen worden als sprake is van een weloverwogen verzoek op grond van duurzaam lijden van de hulpvrager. Zowel bij de beoordeling van de vraag als bij de hulpverlening zelf is de grootste zorgvuldigheid in acht genomen.

Voor het eerst in de geschiedenis van het Nederlands recht wordt euthanasie, zoals omschreven in artikel 293, wel bewezen maar niet strafbaar geacht.

Het Hof van Amsterdam doet de uitspraak teniet: beroep op ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid wordt verworpen, evenals het beroep op noodtoestand (omdat niet is komen vast te staan dat de patiënt objectief ondraaglijk leed). De arts wordt schuldig verklaard, zij het zonder oplegging van straf.

Voordat **de Hoge Raad** (1984) de zaak terugverwijst naar het Hof Den Haag omdat het Hof Amsterdam beroep op overmacht onvoldoende gemotiveerd heeft verworpen, **spreekt hij uit dat euthanasie onder bepaalde voorwaarden geoorloofd is met een beroep op noodtoestand**; de eerste uitspraak van ons hoogste rechtscollege over dit onderwerp.

Pas het Hof Den Haag (1986 intussen) honoreert het beroep op noodtoestand en ontslaat de huisarts van alle rechtsvervolgning.

1993-1995 B.E. Chabot

In dit geval beëindigt een vrouw haar leven door middel van medicijnen, die haar zijn verschaft door een psychiater.

Lichamelijk is de vrouw gezond. De psychiater concludeert dat bij de vrouw sprake is van ernstige rouw met begeleidende depressieve verschijnselen, maar volgens hem is er geen sprake van een psychiatrische stoornis. Sinds jaren lijdt de vrouw psychisch als gevolg van vroegere huwelijksproblemen en de daaruit voortvloeiende echtscheiding, alsook door het overlijden van haar beide zoons.

Na te hebben gepoogd zich het leven te benemen, komt ze in contact met psychiater Chabot.

In de rechtspraak was tot dan toe nooit onderscheid gemaakt tus-

sen lichamelijk lijden en psychisch lijden. Psychisch lijden was echter altijd gemakkelijk in verband te brengen geweest met een duidelijke somatische of psychiatrische ziekte. Hier hebben we te maken met een andere situatie. Deze vrouw lijdt psychisch zonder dat daar een lichamelijke of duidelijke psychiatrische ziekte aan ten grondslag ligt.

De Rechtbank Assen passeert in haar vonnis de vraag of de vrouw ziek was in psychiatrische zin. Uitsluitend van belang is dat haar lijden ondraaglijk en uitzichtloos is en of haar hulpvraag in vrijheid en weloverwogen tot stand kwam; de klassieke eisen in de jurisprudentie over euthanasie. Uit welke oorzaak het lijden is ontstaan oordelen de rechters niet van belang.

De Rechtbank oordeelt dat hulp bij zelfdoding (artikel 294) is bewezen maar dat er sprake was van een voor de vrouw ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Tevens dat de psychiater uiterst zorgvuldig en medisch verantwoord te werk is gegaan. Het beroep van de arts op overmacht in de zin van noodtoestand wordt gehonoreerd: de arts wordt ontslagen van rechtsvervolgning.

In hoger beroep bij het Hof Leeuwarden komt de rechter tot dezelfde conclusie.

De zaak wordt vervolgens voorgelegd aan de Hoge Raad. De Hoge Raad volgt de opvattingen van de Rechtbank Assen en het Hof Leeuwarden op bijna alle punten, maar constateert dat Chabot op een punt in gebreke is gebleven. Hij heeft verzuimd zijn patiënte door een tweede psychiater persoonlijk te laten onderzoeken (sindsdien als zorgvuldigheidseis toegevoegd ingeval van psychisch lijden). De Hoge Raad verklaart Chabot schuldig zonder oplegging van straf.

Het belang van de uitspraken van Assen, Leeuwarden en de Hoge Raad is dat voor het eerst lijden wordt losgekoppeld van een daaraan ten grondslag liggende ziekte.

1998-2002 Ph. Sutorius

April 1998 beëindigt voormalig PvdA-senator E. Brongersma zijn leven door middel van medicijnen die huisarts Sutorius hem heeft verstrekt. De man had geen ernstige lichamelijke of psychiatrische kwalen: zijn leven was voor hem ondraaglijk geworden.

Voor de Rechtbank Haarlem, waar oktober 2000 deze zaak voorkomt, staat de vraag centraal of in dit geval sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Waar in het vonnis wordt aangetekend dat in de medische ethiek geen consensus bestaat over de beantwoording van de vraag of ten aanzien van de ondraaglijkheid van het lijden een enge dan wel ruime definitie dient te worden gehanteerd, kiest zij voor een ruime. Verder neemt de Rechtbank aan dat er voor Brongersma geen perspectief op verbetering of verandering was en dat zijn situatie derhalve als uitzichtloos kan worden aangemerkt. Daarmee is aan alle zorgvuldigheidseisen voldaan en deed Sutorius terecht een beroep op het overmachtartikel. Het bewezen verklaarde feit wordt niet strafbaar verklaard en de verdachte wordt van alle rechtsvervolgning ontslagen.

Het Openbaar Ministerie gaat tegen deze uitspraak in beroep omdat wordt betwijfeld of in dit geval inderdaad sprake is van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Het OM is van mening dat Brongersma 'levensmoe'/'klaar met leven' is, wat niet valt binnen het medische domein, waartoe zowel de oude regeling als de nieuwe euthanasiewet (2002) zich beperkt.

In een tussenarrest (8 mei 2001) oordeelt het Amsterdamse Gerechtshof dat twee deskundigen de onduidelijkheden rondom ondraaglijk en uitzichtloos lijden nader moeten onderzoeken. Een half jaar later (8 november 2001) brengen de getuige-deskundigen verslag uit. Beider oordeel is dat de zaak Brongersma buiten het medische domein ligt. Op grond hiervan concludeert het Hof dat deze zaak dus niet valt onder de regeling met betrekking tot euthanasie die gold ten tijde van de hulp noch onder de *Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding* (2002).

Op 6 december verklaart het Gerechtshof Amsterdam Sutorius schuldig. De arts krijgt echter geen straf opgelegd. **Volgens het Hof verkeert de discussie of hulp bij zelfdoding is gerechtvaardigd bij lijden dat niet voorkomt uit ziekte, nog in de beginfase.** Eind 2001 gaat Sutorius in cassatie tegen het arrest van het Gerechtshof Amsterdam. Op 17 december 2002 zet de Hoge Raad de zaak voort. De advocaat-generaal adviseert de Hoge Raad de zaak terug te verwijzen naar het Hof in Den Haag. Op 24 december besluit de Hoge Raad echter anders; zij volgt het arrest van het Amsterdamse Gerechtshof dat Sutorius schuldig verklaarde.