

RWVS

RECHT OP WAARDIG STERVEN
PLURALISTISCHE VERENIGING

België - Belgique
PB
Antwerpen X
8/1098
erkenningsnummer
P708387

Beschermcomité

Meer dan 100 namen bieden morele steun

01.05.09

Prof. Dr. ABICHT Ludo, docent filosofie HIVT/RUCA • Prof. Dr. AMY J-J, gynecologie, andrologie, obstetrie, AZ-VUB • Prof. Dr. ART Jan, historicus UGent • Prof. Dr. AVONTS Dirk, docent huisartsgeneeskunde U.A. • Mw. BAETE Marcella, auteur • Mw. BEER Regine, Auschwitz st. VI. + nat. conf. pol. gevangenen • Dr. med. BETERAMS Yves, licentiaat in de wijsbegeerte • Prof. Dr. BETZ Wim, huisartsopleiding VUB • Prof. Dr. BOONE Annie, fac. letteren en wijsbegeerte VUB • Dhr. BOUTMANS Eddy, ex-Staatssecretaris • Dhr. BRACKE Siegfried, VRT-journalist • Prof. Dr. BRAECKMAN Johan, ethicus UG • Dhr. BRYNS Maarten, filosoof • Mw. BYTTEBIER Adelheid, Brussels Parlements lid • Mr. CALEWAERT Jan, advocaat • Mw. CHAFFART Erica, plastisch kunstenaar • Mw. CHAGOLL Lydia, auteur, cineaste • Dhr. CLAEYS Herman J., schrijver • Prof. Dr. CLEMENT P.A.R., diensthoofd N.K.O. - AZ-VUB • Dr. COECKELBERGHS Marina, kinderarts Mortsel • Drs. COENEN E., ere-atheneumleraar • Prof. Dr. COLARDYN F., diensthoofd intensieve zorgen UZ-Gent • Prof. Dr. COMHAIRE F., inw. ziekten, endocrinologie UZ-Gent • Meester CONVENTS Ria, advocate • Dhr. COOREMAN Frederik, moreel consulent, Dendermonde • Dr. COSYNS Marc, huisartsgeneeskunde UGent, stichter Vonkel vzw - een luisterend huis • Dhr. COURTEAUX Willy, journalist • Prof. Dr. CREVITS Luc, kliniekhoud neurologie UZ-Gent • Dhr. CUYVERS Jo, eresenator • Dhr. DE BATSELIER Norbert, ex-voorzitter Vlaams Parlement • Dhr. DEBOEURE Bruno, hoofdofficier, burg. ir. • Prof. Dr. DE BOEVER J., tand-, mond- en kaakziekten, UZ-Gent • Prof. Dr. DE DEYN Peter, hoofd neurologie Middelheimziekenhuis, prof. U.A. • Dhr. DE DROOGH Luc, studiedienst van het H.V. • Prof. Dr. DEELSTRA Hendrik, hoogleraar UIA • Prof. Dr. DE GROOT Etienne, volksvertegenwoordiger • Mw. DEHEEGHER Y., ere-atheneumleraar • Mw. DE HERDT Irène, vrijz. moreel consulent, Antwerpen • Prof. Dr. DE LEY Herman, classicus, UGent • Dr. DE LOORE I., specialist-kinderziekten, Merksem • Mw. DE PAEPE Hilde, moreel consulent, Antwerpen • Dhr. DE POTTER Rudy, coördinator UGent • Prof. Dr. Em. DEPRAETERE Marcel, VUB • Prof. Dr. DE REUCK J., hoofd neurologie UZ-Gent • Mw. DE ROECK Jacinta, senator • Mw. DE SMET Chantal, diensthoofd cultuur Hogeschool Gent • Dhr. DE TEMMERMAN Wim, departementshoofd KASK, Hogeschool Gent • Mw. DETIEGE Leona, ereburgemeester Antwerpen • Mw. DETIEGE Maya, volksvertegenwoordiger • Prof. Dr. ir. DE WILDE W. Patrick • Prof. Dr. DE WIT Ralph, fac. rechtsgeleerdheid VUB • Prof. Dr. DEWOLFS Roland, docent UIA • Prof. Dr. DOOM Rudy, pol. en soc. wetenschappen univ. Gent • Prof. Dr. EISENDRATH Henri B., decaan fac. wetenschappen VUB • Dhr. ERDMAN Fred, senator • FACULTEIT GENEESKUNDE & FARMACIE v/d VUB: **unaniem** • Dhr. FAES Francis, criminoloog • FONDS MARIA WULTEPUTTE, vzw • Dhr. FONTIER Jacques, kunstcriticus AICA • Dhr. GOOSSEN Pol, acteur • Mw. GOVAERTS Agnes, journaliste - Prof. Dr. em. GORLÉ Frits, VUB • Dhr. HANCKÉ Lode, erevolksvertegenwoordiger • Prof. dr. HEMMERECHTS Kristien, K.U. Brussel • Prof. Dr. HENS Luc, mens. eco., bond beter leefmilieu AZ-VUB • Dr. med. KEPPENS Carine, oncologie AZ-VUB • César De Paep • Mw. KOMKOMMER Katja, plastisch kunstenaar • Dr. KRILION Walter, theoloog-psychotherapeut • Dhr. LANCKROCK Rik, ere-directeur RVA, auteur • Dhr. LANOYE Tom, auteur • Mw. LEDUC Jeannine, senator • Dhr. LOS René, politiek secretaris Groen! Antwerpen • Dr. MAK Ruud, arts, Gent • Dr. MAILLARD Edy, internist, Antwerpen • Dhr. MALCORPS Johan, lid Vlaams Parlement • Mw. MARCHAND Marianne, voormalig voorzitter H.V. • Dr. MATHIJS R., em. medisch oncoloog • Prof. Dr. MATTHYS Paul, hoogleraar fysica UGent • Prof. Dr. MEHEUS André, epidemiologie & soc. geneeskunde, UIA • Prof. Dr. MIELANTS Herman, reumatologie, UZ-Gent • Prof. Dr. MORTIER Freddy, ethicus UGent • Dhr. MOYAERT Pol, journalist • Dhr. NOTE Joris, schrijver • Prof. Dr. PAPOUSEK D.A., docent sociale anthropologie VUB • Mw. PLASTRIA Eliane, docente • Dhr. RAES Godfried-Willem, directeur stichting 'Logos' • Dhr. RAES Hugo, romanschrijver • Mr. RASKIN E.J., rechter i.r., erevolksvertegenwoordiger, Eigenbilzen • Dhr. RUTTEN Wim, gewezen Grootmeester van de Belgische 'Droit Humain' • Prof. Dr. SACRE R., kliniekhoud oncologische heekunde AZ-VUB • Dhr. SCHELFHOUT Jack, ere-provincieraadslid, Antwerpen • Dhr. ir. SCHELLEKENS Gerard, voorzitter SVL • Dhr. SEEUWS Willy, eresenator • Dhr. SERRAES Guy, schepen v/d stad Gent • Prof. Dr. SOLY Hugo, hoofddocent geschiedenis VUB • Dhr. STANDAERT Louis, erevolksvertegenwoordiger • Prof. Dr. SUZANNE Charles, centrum bio-ethiek VUB • Dr. SWEETLOVE Patrick, huisarts, Antwerpen • Dhr. TURF Jef, journalist • UNIE VRIJZINNIGE VERENIGINGEN vzw • Prof. Dr. VAN BENDEGEM J.P., wijsbegeerte, moraalwetenschappen VUB • Prof. Dr. VAN CAMP B., eredeaan fac. geneeskunde, rector VUB • Prof. Dr. VAN DAMME M., hoofddocent, VUB • Prof. Dr. VANDENABEELE Frieda, fac. letteren & wijsbegeerte, VUB • Prof. Dr. VAN den BERGHE Gie, ethicus-historicus UGent • Prof. Dr. VAN den EECKHOUT Elfride, hoogleraar farmaceutische biotechnologie UG • Mw. VAN der GROEN Dora, docente, actrice • Dr. VAN de VELDE Bart, huisarts, Ledeborg • Dr. VAN DUPPEN Jan, huisarts en Vlaams volksvertegenwoordiger, Turnhout • Adv. VAN EECKHAUT P., voorzitter Provincieraad O.VI • Mw. VAN EECKHAUTE M.J., ere-lerares • Dr. med. VANHOOREN Alain, uroloog, VUB-CTR • Prof. Dr. VANHOORNE M., maatschap. gezondheidskunde, UZ-Gent • Dhr. VAN LAEKEN, Frank, journalist • Prof. em. Dr. VAN LANDUYT Jef, voorzitter Koninklijke Vlaamse Academie • Prof. Dr. van LAREBEKE N., kerngeneeskunde, exp. canc., UZ-Gent • Dhr. VAN LEEMPUT Joseph, actief in diverse senioren organisaties • Mw. VANLERBERGHE Myriam, senator • Mw. VAN MAELE Chris, moreel consulente • Prof. Dr. VAN OOSTERWIJCK Gommaar, hoogleraar, VUB • Dhr. VAN PUYVELDE Leo, ereziekenhuisdirecteur • Mw. VAN STRAELEN-VAN RINTEL G., ere-inspectrice NI. ond. Brussel • Prof. Dr. VANTHEMSCHE Guy, docent geschiedenis, VUB • Prof. Dr. VERHAAREN H., docent kindercardiologie UZ-Gent • Dr. VERHOFSTADT Koen, huisarts, Destelbergen • Prof. Dr. VERMEERSCH Etienne, em. hoogleraar wijsbegeerte UGent • Prof. Dr. VERMEERSCH Hubert, hoofd- en halschirurgie, UZ-Gent • Dr. VERSTRAETE Ilse, huisarts (Spec.Tropical Med., cert. Emergency Med.) • Mw. VOGELS Mieke, voorzitter Groen! • Prof. Dr. em. VUYLSTEEK K., internist, UGent • Dhr. WILLOCKX Freddy, ereburgemeester Sint-Niklaas • ZKVA (Zelfstandige Kinesitherapeuten Vereniging Antwerpen)

Recht op waardig sterven vzw
Constitutiestraat 33
2060 Antwerpen

T: 03 272 51 63
F: 03 235 26 73
M: info@rws.be
www.rws.be

Bank

IBAN: BE19 3200 2641 7012
BIC: BBRUBEBB

Bestuur

Léon Favys, stichter-voorzitter
dr. Marc Van Hoey, ondervoorzitter
Sven Claessens
prof. dr. Wim Distelmans
Rita Goeminne
Elka Joris
Jacqueline Simon
Liva Thuet
dr. iuris Jean Vroman

Controle der rekeningen

Chris Posson

Vertalingen

Peter Ryssack (uit het Frans)
Jean Vroman (uit het Engels)
Yvonne Lesenne (uit het Duits)

Vormgeving & lay-out

Koen Duys

Verantwoordelijke uitgever

Léon Favys

Deadlines

Teksten, foto's en illustraties inzenden vóór:

maa-apr-mei: 1 februari
jun-jul-aug: 1 mei
sept-okt-nov: 1 augustus
dec-jan-feb: 1 november

Druk

www.dewriker.be

Gedrukt op 100 % chloorvrij en
milieuvriendelijk papier

ISSN: 2031-8960

In dit nummer

- 2 • Beschermcomité
- 3 • Colofon
• In dit nummer
- 4 • Voorwoord
- 5 • Zelfdodingspakketten: de keuze van het minste kwaad?
- 7 • MELC-symposium: uitnodiging
- 9 • Gedicht: Bitter besluit
- 13 • Gecontroleerde sedatie is geen euthanasie
- 15 • RWS-symposium: uitnodiging
- 16 • Medisch begeleide zelfdoding en euthanasie
• Tegenstander euthanasie kruipt in de pen
- 17 • Wie consequent is met zijn levensovertuiging is een moedig mens
- 18 • Over leugens, fabels en verzinsels inzake euthanasie
• RWS-permanentie
- 19 • Sterven voor het duister valt
• Gedicht: Zelfverkleining
- 20 • Uit de buitenlandse pers
- 21 • Nuttige adressen
- 22 • Boeken & films
• Toetredingsformulier
- 23 • World Federation of Right to Die Societies

Voorwoord

Mensenrechten zijn niet leeftijdgebonden

Kinderen hebben recht op leven. Zorgeloos. Met toekomstperspectief. Die onbezorgdheid en toekomstmogelijkheden zijn soms – helaas – afwezig. Een meerderjarige of ontvoogde minderjarige kan in onze Benelux-landen ‘genieten’ van medische hulp bij het levenseinde, hier euthanasie genoemd, naar de Griekse etymologie van goede, milde dood. Elders, in Zuid-Afrika, noemt men het ‘**genadedood**’. Die genade wordt niet ‘gepleegd’ zoals allerhande gesproken en geschreven media koppig blijven herhalen. Ze wordt aangeboden, toegepast, verricht, toegediend, uitgevoerd. Men pleegt een misdaad. Men schenkt een gunst. Wanneer die gunst uitgevoerd wordt door een arts, spreekt men meestal van een **MBL** of medische beslissing bij het levenseinde. Ook dit is spraakverwarring. Euthanasie is géén medische beslissing, het is een medische handeling. De patiënt, of beter gezegd, de burger, het individu, de drager van zijn leven, de eigenaar van zijn lichaam, wordt geholpen door een medische, technische en solidaire daad: wij noemen dit een **HALP**, hulp van artsen bij het levenseinde van patiënten.

Die hulp is tot nu toe voorbehouden aan meerderjarigen (of ontvoogde minderjarigen) die in staat zijn om op een geldige manier hun wil uit te drukken. Meerderjarigheid begint in België op 18 jaar, of in geval van ontvoogding op 16 jaar. Die strikte leeftijdsgrens is een juridisch, medisch en menselijk probleem waar wij nú een oplossing moeten voor vinden.

In Nederland is een euthanasieverklaring geldig vanaf 12-jarige leeftijd. Wij mogen ons echter niet laten beïnvloeden door leeftijdsgrenzen. Oordeelkunde is niet noodzakelijk leeftijdsge-

bonden. Zeer jonge kinderen hebben soms een uitzonderlijke rijpheid, een ongelooflijk vermogen om hun eigen dood te voorzien en te aanvaarden. Mogen wij aan deze minderjarigen, om ideologische redenen, levensbeëindigende hulp weigeren? Erger: moeten wij een verdere lijdensweg opdringen, wetend dat de vraag ernstig en gegrond is en het resultaat onafwendbaar?

Neonati en heel kleine kinderen vormen een afzonderlijk probleem: daar is er inderdaad sprake van een medische ‘beslissing’ al dan niet in samenspraak met de meestal begrijpende ouders. Onverantwoorde levensrekkende handelingen zonder verdere kwaliteitswaarborg zijn intellectueel en menselijk onverklaarbaar en onaanvaardbaar. Wat de tegenstanders er ook mogen over rondbazuinen. Het Nederlandse Groninger protocol is hier richtinggevend.

Tenslotte: buiten de euthanasie zelf hebben minderjarigen, hic et nunc, wel degelijk het recht om bepaalde medische behandelingen te weigeren op basis van de Patiëntenrechtenwet! Het levenstestament dat sommigen omschrijven als een ‘negatieve’ wilsverklaring (sic) is in feite een afdwingbare **zorgverklaring** die uiteindelijk kan leiden tot de gewenste hulp bij het levenseinde.

Onder dezelfde voorwaarden, met dezelfde veiligheidscriteria als bij volwassenen, moet het schenken van een genadedood ook kunnen bij competente minderjarigen, ongeacht hun leeftijd. Mensenrechten zijn niet leeftijdsgebonden. ■

Léon Favys

*Het levenstestament
is in feite een
afdwingbare zorgverklaring*

Zelfdodingspakketten: de keuze van het minste kwaad?

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

Marianne Hendrickx⁽¹⁾ - Ethiek & Maatschappij, 11de jaargang, nr. 4

De eerste stap is reeds gezet. Het is een algemeen bekend feit dat sinds 23 september 2002 iedere competente meerderjarige die ondraaglijk en aanhoudend fysiek of psychisch lijdt ten gevolge van een ongeneeslijke aandoening een beroep kan doen op de Belgische Wet betreffende de euthanasie (of het dan ook werkelijk tot een inwilliging van zijn verzoek komt, is weer een heel andere zaak). Hoewel het psychisch lijden uitdrukkelijk als voldoende grond voor stervenshulp aanvaard wordt, vormt de vereiste ongeneeslijke aandoening een waarborg tegen een al te permissieve praktijk. Maar is het wel logisch hier de grens te trekken? Bestaat er wel een principiële verschil tussen de ervaring van fysieke en psychische pijn? Wordt er niet al te lichtzinnig voorbijgegaan aan het zuiver psychisch leed door het zonder meer buiten het euthanasiedebat te plaatsen?

Het voorstel om aan een ruimer publiek hulp bij zelfdoding te verlenen, heeft zijn wortels in het zelfbeschikkingsrecht. Is het wel gerechtvaardigd dat vandaag de dag een recht dat ons allen toebehoort volledig in de handen van artsen wordt overgeheveld wanneer het om

ons levenseinde gaat? Daar letale middelen in de medicijnkast achter slot en grendel geplaatst zijn, zijn mensen in hun verlangen naar een zachte dood immers van anderen afhankelijk. We zullen zien dat medici *physician-assisted suicide* en in het bijzonder euthanasie als een ware belasting ervaren. Is het dan wel wenselijk artsen nog meer dodende handelingen in de schoenen te schuiven? Wat is het alternatief? In een twijfelachtige poging het zelfbeschikkingsrecht te redden, eenieder dan toch maar zélf de klus laten klaren? Maar is er in onze maatschappij, met zijn ultieme focus op zelfdodingspreventie, wel ruimte voor een verantwoorde zelfbeschikking? Kunnen de wijdverspreide doe-het-zelf-handboeken hier soelaas bieden? Of kan men toch niet onder de beoordeling van derden uit? Twee mogelijkheden dringen zich op: of we opteren voor gecontroleerde stervenshulp en lossen onze strakke greep op de zelfbeschikking in het licht van vooropgezette zorgvuldigheidseisen, of we geven het zelfbeschikkingsrecht handen en voeten en pleiten voor de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten.

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

PSYCHISCH EN FYSIEK LIJDEN

In onze huidige Belgische rechtstaat wordt het recht op zelfdoding positief ingevuld voor meerderjarigen met ongeneeslijke aandoeningen die ondraaglijk en aanhoudend leed met zich meebrengen. Op papier is niet enkel lichamelijk leed, maar ook aanhoudend, ondraaglijk en onbehandelbaar *psychisch* lijden dat het gevolg is van een ernstige en ongeneeslijke aandoening een rechtvaardigingsgrond voor euthanasie in België. Hoewel psychisch lijden dus uitdrukkelijk als mogelijk uitgangspunt voor euthanasie aanvaard wordt, moet er volgens onze wet dus wel altijd een aandoening zijn die volgens de strikt medische diagnose als ongeneeslijk geldt. Euthanasie bij louter 'psychisch' lijden zonder een ongeneeslijke, door ziekte of ongeval veroorzaakte aandoening is dan ook niet toegelaten. De scheidingsmuur tussen fysieke en psychische pijn wordt hier torenhoog

⁽¹⁾ Marianne Hendrickx is Master in de Moraalwetenschappen

opgetrokken. Bestaansgrond kent dit bouwsel echter niet. Hoewel men een onderscheid kan maken tussen pijn met een duidelijke somatische oorzaak en pijn die manifest een niet-somatische oorsprong heeft, kan dit verschil gemarginaliseerd worden: er bestaat immers geen principieel onderscheid tussen de ervaring van fysieke en psychische pijn. Het brein is uitiem verantwoordelijk voor pijnervaringen (*Braeckman, Distelmans, Van den Enden 2000*).

Maar maatschappelijk wordt er een heel andere houding aangenomen tegenover psychische dan tegenover lichamelijke pijn: "De eerste wordt meer genegeerd en geminimaliseerd dan de laatste." (*Braeckman, Distelmans, Van den Enden 2000*). En ook al blijkt dat ongegrond, toch ondersteunt deze houding in zekere zin onze huidige euthanasiewet, die uiteindelijk toch ook weer medisch diagnoseerbare ongeneeslijke aandoeningen als vereiste inroept, wil en mag een aanvraag ooit ingewilligd worden. Dit heeft natuurlijk zijn redenen: anders dan euthanasie ten gevolge van fysieke pijn, bestaan er voor euthanasie bij psychisch leed immers geen criteria. We stuiten hier op een operationaliseringsprobleem. In tegenstel-

zels de stervenswens van somatisch zieken voor een groot deel door zuiver psychisch lijden ingegeven wordt.

Het feit dat er tot op heden geen heldere criteria bestaan ter begeleiding van hulp bij zelfdoding voor lichamenlijk gezonde mensen met een duurzaam doodsverlangen, vormt een praktisch, maar geen principieel obstakel! Het mag mijns inziens dan ook geen lafhartig excuus zijn om psychisch leed zonder meer buiten het euthanasiedebat te plaatsen. Problemen moet men onder ogen durven zien. Het is natuurlijk maar de vraag of een dergelijke verruiming wel wenselijk en/of realistisch is binnen het kader van medische hulp bij zelfdoding...

ZELFBESCHIKKINGSRECHT

Binnen de huidige wetgeving heeft de arts het monopolie over de beslissingen omtrent het levenseinde. Dit strookt niet met het zelfbeschikkingsrecht dat tegenwoordig zo in zwang is. Terecht merkt **Frey** op: "There is something odd about a conception of medicine in which patient autonomy is prized but in which, at one life's most crucial junctures, pa-

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

GECONTROLEERDE STERVENSHULP

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

In theorie klinken de doelstellingen van de SVL ons prachtig in de oren. Het initiatief van de stichting, met zijn mooie slogan *'Een waardig levenseinde... is een zaak van mensen zélf'*, is mijns inziens prijzenswaardig. De grote vraag is echter of een dergelijk streefdoel in de praktijk wel haalbaar is. Het blijft moeilijk inzicht te krijgen in de manier waarop zo'n organisatie als de SVL praktisch precies in zijn werk kan gaan. De stichting staat huiverend tegenover het opstellen van criteria; criteria die gehanteerd worden vooraleer er daadwerkelijk tot stervenshulp overgegaan wordt, criteria die rechtvaardigen waarom de één geholpen wordt en de ander niet. Iedere situatie wordt apart onder de loep genomen. De

'Een waardig levenseinde is een zaak van mensen zélf'

ling tot ongeneeslijke ziektes, die objectief en in consensus vastgesteld kunnen worden, is "niemand (...) in staat om, ten eerste het gewicht van psychologisch leed te meten en, ten tweede, te oordelen of het psychologische leed onherroepelijk is." (*Van den Enden 2003: 245*).

De objectiveerbaarheid van fysieke pijn maakt dus dat het als rechtvaardigingsgrond kan dienen voor een euthanasiebeleid. Maar het feit dat een somatische oorzaak opgespoord kan worden, is een extern criterium dat op zich niet meer hulp rechtvaardigt dan bij psychische pijn. Wie bij voorbaat vindt dat hulp bij zelfdoding onmogelijk door de beugel kan voor mensen die enkel psychisch lijden, lijkt twee zaken uit het oog te verliezen, ten eerste dat het onderscheid tussen fysieke en psychische pijn in se artificieel is en, ten tweede, dat

tient autonomy is systematically denied." (*R.G. Frey 1998: 56*). Nochtans is het recht op zelfbeschikking een erkend rechtsbeginsel, een bron van meerdere grondrechten. In principe heeft iedere mens dus de vrijheid om over het eigen lichaam te beschikken en om het leven naar eigen inzicht in te richten. Verantwoorde zelfbeschikking is tot nader order echter niet mogelijk. De middelen waarmee iemand zonder toegevoegd lijden kan inslapen, zijn stuk voor stuk van de markt gehaald en bij een arts achter slot en grendel geplaatst. Bijgevolg is men tegenwoordig, voor een deugdelijke uitoefening van het zelfbeschikkingsrecht, op artsen aangewezen. Aangezien we niemand kunnen, noch mogen dwingen om het leven van een ander op diens verzoek te beëindigen, is ons zelfbeschikkingsrecht in zijn wezen beknot.

hulpverlener zou dus als het ware vanzelf het *fingerspitzengefühl* moeten hebben om eigenhandig de situatie in zijn unieke eigenheid te beoordelen. Vervalt een dergelijke werkwijze niet onvermijdelijk in willekeur?

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

De SVL zou er naar mijn gevoel beter aan doen open kaart te spelen en toe te geven dat het zelfbeschikkingsrecht een streefdoel is dat door de zorgvuldigheidseisen toch enigszins ondermijnd wordt. De SVL lijkt zich ultiem toch toe te spitsen op de *clear-cut cases*. Zo eist de stichting eigenlijk wel dat, vanaf het eerste gesprek, er een naaste van de hulpvrager aanwezig is. Ik kan me moeilijk van de indruk ontdoen dat wie een dergelijke eis als voorwaarde stelt, met de kleine groep van minder problematische en duidelijk weloverwogen gevallen werkt. Daar is uiteraard niets mis mee, integendeel. Het is zeer nobel dat dergelijke mensen de hulp aangereikt krijgen waar zij al jaren

op wachten (in de mate dat de SVL momenteel al werkelijk hulp bij levensbeëindiging verschaffen kan). Maar de eerlijkheid gebiedt wel dat de SVL duidelijk stelt tot wie ze zich richt. Het recht op zelfbeschikking behoort immers allen toe, ook mensen bij wie het doodsverlangen sociaal minder begrijpelijk is.

Hoewel de verstrekking van letale middelen door steunpunten (nog) niet legaal is, staat de SVL in geen geval op non-actief. Een suïcidaal persoon kan zich nu immers tot een steunpunt

wenden, waar hem een luisterend oor geboden wordt. Hier is een belangrijke taak weggelegd op het gebied van de suïcidepreventie. Doordat de SVL het taboe omheen de dood tracht te doorbreken en het zelfbeschikkingsrecht onderschrijft, krijgt de hulpvrager de kans zijn doodsverlangen oprecht open te gooien. Door de dood concreet te kunnen maken, verliest ze soms plots haar dwingende karakter. En mocht de stichting ooit de rechten krijgen waarvoor zij ijvert (legalisering van niet-medische hulp



Symposium

Voorstelling van nieuwe resultaten van grootschalige studies
in Vlaanderen en Brussel

Euthanasie en palliatieve sedatie

in de medische en verpleegkundige praktijk

9 september 2009

ORGANISATIE

Onderzoeksgroep Zorg rond het Levens einde - VUB

INFORMATIE & INSCHRIJVINGEN

Toegang: € 50,00

www.vub.ac.be/melccongres

Accreditatie werd aangevraagd

VUB

Aula Q - campus Etterbeek
Pleinlaan 2
1050 Brussel



Vrije
Universiteit
Brussel



UNIVERSITEIT
GENT



Universiteit
Antwerpen



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

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

HET ZELFBESCHIKKINGSRECHT TEN TOP: 'DOE-HET-ZELF' HANDBOEKEN

Wie het zelfbeschikkingsrecht écht hoog in het vaandel draagt, kan enkel juichen om het feit dat (a) zowat iedere boekhandel en iedere bibliotheek in het bezit is van één of meerdere 'doe-het-zelf'-handboeken waarin piekfijn uitgelegd wordt hoe men adequaat en secuur een milde dood bewerkstelligen kan en (b) dat internet bulkt van websites met verwijzingen naar pagina's als de *Suicide Methode File*, een

tekst die methodes en medicijnen voor het plegen van zelfmoord opsomt. Deze handboeken en informatie zijn immers prima wegwijzers voor wie de verantwoordelijkheid voor de daad ultiem bij zichzelf wil leggen en het heft volledig in eigen handen wil nemen. Velen zijn er overigens van overtuigd dat zelfdoding nog altijd prioritair is aan hulp bij zelfdoding. Er zelf een eind aan maken, is echter geen kinderspel. Niet zelden mislukken zelfmoordpogingen met de meest gruwelijke gevolgen vandien. Daar komt nog eens bij dat doodgaan en doodgaan twee is. Sommige methodes leiden op zo'n afschuwelijke wijze de dood in dat we het eenieder zouden willen besparen.

Het thanaticum zou uit een combinatie van verschillende middelen kunnen bestaan

De doe-het-zelf-handboeken kunnen hier als de geschikte leidraad fungeren voor al wie van een verder leven gespaard wenst te blijven. "Geschikte informatie kan ervoor zorgen dat het zonder problemen, zonder pijn gebeurt." (M. Verzele 1994: 44). Het bestaan van dergelijke boeken is dan ook een enorm succes gebleken. Tot verbijstering van velen verscheen de gebundelde zelfdodingsinformatie in enkele landen zelfs als best verkochte boek op de ranglijsten. Denk maar aan **Derek Humphry's 'Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying'** waarvan in een mum van tijd de eerste 41.000 exemplaren in de VS waren uitverkocht. Criticus **Kass** is één van de velen die vreest dat een dergelijk 'doe-het-zelf'-handboek, vol met informatie over dodelijke doses, zelfdoding – en zelfs moord – te gemakkelijk maakt. Maar zijn voorstelling van zaken klopt gewoonweg niet: "Thanks to Derek Humphry's book, our youth need no longer fail. Though the drugs he recommends require a doctor's prescription, they are, in fact, ubiquitous and easily available, as he surely knows." (Kass 1991: 21). Dit is pertinent onwaar. Het grote probleem van de 'doe-het-zelf'-handboeken ligt er nu net in dat de chemische middelen die zij voorstaan niet zomaar verkrijgbaar zijn. Medicijnen die veelvuldig voor zelfdoding

gebruikt werden – zoals *vesparax*, *seconal* en *nembutal* –, worden nog maar zelden voorgeschreven of zijn zelfs geheel van de markt gehaald. Dit restrictief beleid heeft er echter niet voor gezorgd dat er sindsdien minder mensen zelfmoord plegen. Het betekent enkel dat mensen nu naar andere middelen (moeten) grijpen. En hoewel de mythe leeft dat op het internet alles te koop is, heeft **Karin Spaink** aangetoond dat deze stelling niet opgaat wanneer de koopwaar uit dodelijke medicijnen bestaat. Verantwoorde zelfbeschikking blijft alsnog een heikel ideaal.

Was het dan verloren moeite van de auteurs om de verschillende methodes met zorgvuldi-

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

ZELFDODINGSPAKKETTEN

Wil men het zelfbeschikkingsrecht in zijn zuiverste vorm werkelijk handen en voeten geven, zodat het meer wordt dan een holle leus, dan zou men in principe de letale middelen ter vrije beschikking op de markt moeten brengen: een *zelfdodingspakket* bij wijze van spreken. Dit idee wordt door een overgrote meerderheid onmiddellijk, abrupt en intuïtief verworpen. Voor hen die zich de moeite getroosten tegenargumenten te zoeken, zijn de drie risico's die de *Stichting Vrijwillig Leven* formuleert de meest courante. We bekijken de tegenargumenten en zien of het valabele redenen zijn om op rationele gronden het voorstel voor een zelfdodingspakket naar de

prullenmand te verwijzen. Een eerste veelgehoord tegenargument beroept zich op het gevaar voor impulsieve zelfdodingen. Zo reageert **Chabot** op het voorstel om alle medicijnen vrijelijk verkrijgbaar te maken: *"Ik denk dat de macht van de dokter over de medicijnkast vaak bescherming biedt tegen impulsieve beslissingen om het leven van zich te werpen."* (Chabot 1996: 157). Die bescherming tegen impulsiviteit kan echter in een zelfdodingspil zelf ingebouwd worden. Het *thanaticum* zou uit een combinatie van verschillende middelen kunnen bestaan: het zou braakverwekkend zijn en slechts verdragen worden als enkele dagen voordien een antibraakmiddel ingenomen werd. Geen simpele fatale pil dus, maar een combinatiepil: een eerste, op zichzelf onschuldige pil die ter voorbereiding moet worden ingenomen voor de tweede pil, wil die effectief zijn. Door zo'n ontwerp sluit je onbezonnenheid uit.

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

beter af mét zo'n zelfdodingspakket dan zonder. Maar voor zover ik weet is dit een typisch argument waarop voorstanders van medische hulp bij zelfdoding zich beroepen. Het komt mij echter voor dat de huidige farmaceutische wetenschappen het risico op complicaties zodanig kunnen indammen dat het bestaan van een zelfdodingspakket de geringe voordelen van doktershulp bij zelfdoding kan overtroeven.

DE PIL VAN DRION

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

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

Daartegenover zou een hoogbejaarde, volgens *Drion*, in het algemeen beter weten welk leven hij door zelfdoding de pas afsnijdt. Hier valt natuurlijk wel wat voor te zeggen, maar het lijkt me geen voldoende tegenwerping om een zelfdodingspakket van een ruimer publiek af te schermen. *Drion* heeft gelijk wanneer hij stelt dat zelfdoding de mogelijkheid ontnemt

Bitter besluit

Een vrij boos adagio

*Het is waanzin te geloven
dat men voldoende begrip
kan ervaren, al legt
men de lat niet hoog.
Het is even krankzinnig
te denken dat de mensen
aandachtig je teksten lezen,
met verstand en gevoel.
Daarvoor is de mens
te veel met zichzelf bezig,
te veel in de ban
van gewin en macht,
te egocentrisch evenzeer.
Hij is immers mens geworden
in the struggle for life
en dankt zijn bestaan
aan de survival of the fittest.
Ethische waarden en normen
zijn voor velen slechts
verkeersregels om zich
te handhaven in de samenleving
en om straf te ontlopen.
Erasmus en Darwin
blijven beslist de grondleggers
van het mensdom,
tot het einde
van de wereld.
En denk nu maar niet
dat ik mij illusies maak
over deze tekst.*

Rik Lanckrock

aan een toekomstig 'ik'. Op basis van dit feit besluiten dat er voor deze mensen geen manier mag bestaan om op een waardige wijze uit het leven te stappen, vind ik echter een beetje overhaast. Is het niet aan elke mens zelf om te besluiten of hij dat toekomstige 'ik' nog een kans wil geven? Is het niet logisch dat sommige mensen die het leven niet meer aankunnen zo snel mogelijk een einde aan hun lijden willen maken, zonder nog een onoverzienbare periode van psychisch leed te moeten doorploeteren, die immers geen enkele garantie biedt voor een gunstiger toekomstig 'ik'? Daarenboven heb ik moeite met de representatie van het toekomstige 'ik' als slachtoffer van zijn vernietiging door het huidige 'ik'. Dat toekomstige 'ik' bestaat dan simpelweg niet meer en kan zich dus ook niet over de zelfdoding berouwen.

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

Is het, tenslotte, de taak van de samenleving – zoals Drion oppert – om een buffer op te werpen tegen zelfdoding door mensen met een persistent doodsverlangen de dodelijke middelen zo goed als mogelijk te onthouden? **Kuiter** meent alvast van niet: *"Ons menselijk leven is niet het eigendom van de staat. Daar hoeft de staat ook niet over te waken. De staat hoeft er alleen maar voor te waken dat je niet ten onrechte van het leven wordt beroofd."* (Spaink 2001: 97). Of je wil leven of niet, is in eerste instantie aan jezelf. *"The right to do X does not mean that doing X is morally meritorious. We have a right to divorce our spouse, vote for a politician we know nothing about, eat until we are obese, or squander our money on lottery tickets."*

Thus, the phrase right to suicide (...) means only that agents of the state have no right or power to interfere, by prohibitions or punishments, with a person's decision to kill himself." (Szasz 1992). Volgens Spaink heeft dan ook iedereen het recht om zich van het leven te beroven, en zelfs het recht om dat ten onrechte te doen. Je kunt je ook ernstig vragen stellen bij het idee dat de samenleving de belangen van mensen diént door zelfdoding zo moeilijk en gruwelijk mogelijk te maken en te houden. Mensen die het leven werkelijk niet meer aankunnen, zullen zelfmoord plegen en waar staat men dan met zo'n restrictief beleid? Is het niet beter dat mensen die tot een dergelijke wanhoopsgedaad gedreven worden, dan toch tenminste de middelen ter beschikking hebben om op een humane manier dit aardse leven achter zich te laten? Een keuze voor het minste van alle kwaad weliswaar. Waar is men trouwens bang voor? Moet zelfdoding soms moeilijk blijven? Ik denk dat **Ton Vink** gelijk heeft wanneer hij schrijft dat *"Zelfdoding moeilijk was, moeilijk is, en moeilijk zal zijn"* (Vink 2005: 33), los van welke methode men ook hanteert. Het is dus maar de vraag of bij het vrij beschikbaar stellen van zelfdodingspakketten het sterftecijfer plotsklaps drastisch zou toenemen.

ZELFMOORDEPIDEMIE?

De angst dat een vrije toegang tot letale middelen tot massale sterfte zou leiden, is anders wel wijdverbreid en is een bron voor andere tegenargumenten. Zo schrijft **Callahan**: *"One of the reasons why most societies have refused to legitimate suicide as a routine way to relieve suffering is because of the need for solidarity in the face of suffering."* (Callahan 1999: 28). We kunnen het menselijk leed inderdaad begrijpen als een sociaal bindmiddel dat het individuele lijden nu net draaglijker maakt. Het idee bijvoorbeeld dat ook je vrienden en familie ooit liefdesverdriet doorstaan hebben, kan jezelf troost bieden: een voorafspiegeling als het ware dat alles – hoe moeilijk het nu ook is – wel weer op zijn pootjes terechtkomt. *"If others can do it, so can I."* (Callahan 1999: 26). Mocht het merendeel van deze mensen de hand aan zichzelf geslagen hebben op het moment dat zij door lijden getroffen werden,

waarom zou ik er dan nog voor vechten als eenzelfde leed mij te beurt valt? De premisse achter deze visie is echter dat zelfdoding als een gelegitimeerde handeling (doordat de samenleving bijvoorbeeld zelfdodingspakketten vrij ter beschikking stelt) *'a routine way to relieve suffering'* zou zijn. Dat lijkt mij een wankele vooronderstelling. Een einde aan je leven stellen, is sowieso geen lachertje; het is een kwestie van het overwinnen van veel angsten en instincten. Samen met Spaink geloof ik dan ook dat *"Zelfmoord niet per se hard en gewelddadig hoeft te zijn om mensen af te schrikken."* (Spaink 2001: 98).

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

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

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

DE VOORDELEN

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

1. VOORDELEN VOOR DE SUÏCIDANT

Het idee dat men een beroep kan doen op de letale middelen van zodra het leven werkelijk ondraaglijk wordt, kan een erg geruststellend gevoel met zich meebrengen. Het vormt de ideale basis tot uitstel. Wie is niet vertrouwd met het gevoel dat de sanitaire nood het hoogst is wanneer een toilet onbereikbaar blijkt, terwijl je soms uren met een volle blaas kan doorbrengen zolang je maar weet dat je iedere seconde naar de wc kan snellen. Natuurlijk kan je de nood aan sanitaire voorzieningen moeilijk op

eenzelfde lijn plaatsen met een doodsverlangen, maar de analogie kan misschien toch aantonen dat de mogelijkheid de *conditio sine qua non* is tot uitstel en, wie weet – in het geval van suïcidaliteit – tot afstel.

Natuurlijk kan iedereen een gewelddadige zelfmoordpoging ondernemen. Verhanging blijkt een methode met een grote kans op slagen en een relatief korte dood. En wie voor

de suïcidant dan toch tenminste zélf achter zijn dood stond en dat hij z’n wanhoopsdaad niet in een opwelling stelde. Ten derde biedt een zelfdodingspakket de mogelijkheid tot het voltrekken van de dood in overleg met en in aanwezigheid van dierbaren. In de zeldzame gevallen waar de zelfdoding in eigen kring uitgevoerd wordt, kunnen de omstaanders op een waardige manier afscheid nemen van hun geliefde.

Mensen die fysiek in een goede toestand verkeren, kunnen het zelfbeschikkingsrecht toch in eigen handen nemen

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

2. VOORDELEN VOOR DE NABESTAANDEN

De zelfdoding van een dierbare is een werkelijke ramp. De pijn die overblijft na het wegvallen van een geliefde zal altijd onnoemelijk groot zijn. De rouwverwerking kan echter enigszins verzacht worden wanneer de zelfdoding op basis van een zelfdodingspakket voltrokken is. Vooreerst is het voor familie en vrienden een hele troost dat de persoon op een humane manier aan zijn einde is gekomen en niet zijn laatste uren in pijn of in verstikkingsdoodsnood doorgebracht heeft. Het gebruik van de letale middelen is overigens ook een indicatie voor de weloverwogenheid van de zelfdoding, daar er een zekere tijdsperiode en de nodige voorbereiding bij te pas komt. Nabestaanden hebben doorgaans toch liever dat

Ten slotte sluit de vrije beschikking van zelfdodingspakketten de extreem traumatiserende ervaring van een confrontatie met een opgehanging, verbrijzelde of doodgebloede dierbare zo goed als uit. Dit zijn stuk voor stuk mijlpalen voor een gunstigere rouwverwerking.

3. VOORDELEN VOOR DERDEN

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

DE NADELEN

Het ziet ernaar uit dat de tegenargumenten zo goed als geen gewicht in de schaal leggen, terwijl de voordelen voor de suïcidant, de nabestaanden en derden wel degelijk doorwegen. Met andere woorden: waar wachten we

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

We laten de *waar-vraag* even rusten en wenden ons tot een andere opwerping, geuit door Chabot: "Doe-het-zelf-methoden (...) vergroten het risico dat de levenshulp buitenspel komt te

stelligen. Voor de *thanatica* zijn zij immers niet op anderen aangewezen.

Natuurlijk zou je de verkoop van een zelfdodingpakket gepaard kunnen laten gaan met de mogelijkheid of de verplichting tot een openhartig gesprek. Het grondig doorspreken van een doodsverlangen hoeft immers niet met een strikte toetsing van motieven of met ontrading als grondtoon gepaard te gaan. Dit bewijst de Nederlandse *Stichting De Einder*, die mensen met een doodswens begeleidt met respect voor de autonomie van de hulpzoekenden. Deze stichting wil ertoe bijdragen dat mensen die zichzelf willen doden en om hulp vragen, in hun wens worden gerespecteerd en dat ze worden begeleid in het maken van weloverwogen keuzes. De counselors van de stichting bieden uitsluitend gesprekken aan. Een dergelijke stichting zou perfect te rijmen vallen met de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten: mensen die hierom verzoeken kunnen in hun doodsverlangen begeleid worden. Maar de vraag is natuurlijk hoeveel mensen zich tot

de doodswens wordt openhartig besproken zonder dat de aangegeven motivatie mogelijkerwijze invloed kan uitoefenen op het wel of niet verstrekken van het zelfdodingspakket en de eventuele kans op complicaties kan tot een absoluut minimum beperkt worden door de constellatie van de letale middelen direct op de specifieke persoon af te stellen. Het is wel maar de vraag of er (voldoende) capabele kandidaten zijn die zich, in de woorden van *Hermans*, tot "blinde executeurs van de autonome wil van zijn medeburgers" willen laten reduceren. Immers, jezelf als expert opwerpen in het toetsen van de weloverwogenheid van iemand verzoek en op grond daarvan besluiten wie je wel of niet helpt, is één ding, maar een neutraal en open gesprek voeren zonder dat jouw interne besluitvorming achteraf ook maar iets ter zake doet bij het verstrekken van de middelen, is een heel andere zaak.

MEDISCHE HULP BIJ ZELFDODING, GECONTROLEERDE STERVENSHULP OF HET VRIJ VERSTREKKEN VAN ZELFDODINGSPAKKETTEN?

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

Er gaan heel wat stemmen op voor medische hulp bij zelfdoding: de arts begeleidt en helpt de betrokkene bij het realiseren van zijn laatste wens. Ondanks de trefzekerheid van een milde dood, kunnen we veel vraagtekens plaatsen bij een dergelijke praktijk. Ten eerste is het de vraag of de dood op die manier niet al te zeer gemedicaliseerd wordt. *Szasz* spreekt over medische hulp bij zelfdoding als "just another step in the medicalization of life" (*Szasz*

staan die een arts mogelijk kan bieden. De arts kan een veilige gesprekspartner zijn die niet nodeeloos dreigt met een gedwongen opname." (Chabot 1996: 206). Een thema dat hierboven al opdook: levenshulp onder het mom van stervenshulp. Hoewel ik denk dat de arts niet de geschikte persoon is om mensen in hun doodsverlangen te begeleiden, is het inderdaad een bekend verschijnsel dat het openlijk bespreken van het doodsverlangen een kentering teweeg kan brengen. Niet zelden wordt het plan tot zelfdoding dan aan de kant geschoven. De vrije verstrekking van letale middelen zou hier wel eens roet in het eten kunnen strooien. Mensen hebben dan geen directe reden meer om hun zelfdodingsplannen met anderen te bespreken wanneer zij een zachte dood willen bewerk-

begeleiding geroepen voelen en of de verdoken levenshulp voor het gros van de aanstaande suïcidanten toch niet onder de zware voet van het zelfdodingspakket verpulverd wordt. Misschien valt er iets voor te zeggen een dergelijk soort stichting als noodzakelijk tussenstation in te roepen. Mensen wenden zich tot zo'n instantie (of de counselors komen aan huis) en krijgen de middelen sowieso in handen ná een afgelijnde gesprekstijd waarin zij voor zichzelf hun redenen nog eens even op een rijtje zetten. Geen sprake dus van een doodsexamen, oftewel: iedereen slaagt! Op die manier kan je de moeilijkheden die normaliter met de vrije beschikbaarheid van zelfdodingspakketten gepaard gaan omzeilen: de letale middelen kunnen op specifieke plaatsen afgehaald worden,

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

Voornamelijk vanwege de maatschappelijke roep om zelfbeschikking zijn er recent voorstellen gedaan tot een vorm van hulp bij zelfdoding waarbij de arts niet de hoofdrol toebedeeld krijgt. Bij deze gecontroleerde stervenshulp werkt men met een interdisciplinair team waarin weliswaar een arts zetelt die verantwoordelijkheid gesteld wordt voor de zuiver medische aangelegenheden, maar geen monopolie heeft over de besluitvorming. Hoewel men het graag laat uitschijnen alsof het zelfbeschikkingsrecht daardoor gered is, ondergraven de zorgvuldigheidseisen waarover het team waakt dit recht in principe evengoed. In vergelijking met medische hulp bij zelfdoding heeft deze vorm van gecontroleerde stervenshulp wel het voordeel dat medicalisering enigszins tegengegaan wordt en dat artsen

Gecontroleerde sedatie is geen euthanasie

De techniek die erin bestaat de patiënt 'in slaap' te houden, beweert tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt om uit het leven te stappen zonder aan het taboe van de 'actieve' levensbeëindiging te raken. Deze techniek wordt sinds lang toegepast als – omkeerbare – tussenstap om patiënten voor een korte tijd van extreme pijn te verlossen. In de VS wordt ze aanbevolen ter vervanging van euthanasie. In ons land werd ze ingevoerd op palliatieve diensten onder de naam *gecontroleerde terminale sedatie*. Naar schatting wordt ze onder een of andere vorm toegepast in zowat 8 % van alle overlijdens.

EEN COMPLEX PROCES

Het proces is evenwel veel complexer dan het lijkt. De menselijke, medische, ethische en juridische implicaties zijn uiterst dubbelzinnig en bieden voldoende stof om zich ernstig vragen te stellen. In tegenstelling tot *tijdelijke sedatie* wordt de slaap aangehouden tot aan het overlijden; beademing, antibiotica, kunstmatige voeding en vochttoediening worden stopgezet. Omdat het in se niet om een diepe slaap gaat – zoniet zou men wél beroep doen op kunstmatige beademing, moet de dosis *hypnotica* (slaapmiddelen, tranquilizers) voortdurend worden bijgestuurd in functie van de toestand van de patiënt. Bovendien is soms extra medicatie nodig – *morfinederivaten* (*opioiden*) in het bijzonder – om de pijnsymptomen te onderdrukken. De dood treedt in na een periode van meerdere dagen tot één of twee weken in functie van de toestand van de patiënt op het tijdstip waarop de sedatie werd ingesteld. De patiënt overlijdt dan tengevolge van een verstoorde stofwisseling, veroorzaakt door het stopzetten van kunstmatige voeding en vochttoediening of bijkomende infectieuze verwickelingen (bv. *longontsteking - nvdr*) of de ontwikkeling van het ziektebeeld, of een mix van al deze factoren.

Een methode die enkel bruikbaar is in de allerlaatste levensfase en niet garant staat voor een pijnloze dood.

Het moet onderstreept dat om te kunnen beweren dat de dood 'natuurlijk' intreedt, gecontroleerde sedatie enkel bruikbaar is in de allerlaatste levensfase. In die tijdspanne kunnen echter allerhande dramatische verwickelingen optreden, zoals bloedingen, verkramping, ... En deze vorm van slepende doodstrijd is voor de verwanten vaak een bijzonder traumatische of zelfs gruwelijke beproeving.

De voorstanders schilderen de methode af als een 'natuurlijk' stervensproces, onder het voorwendsel dat de geïnjecteerde medicatie niet dodelijk is. En indien de toegediende middelen het overlijden versnellen, dan verschuilen ze zich achter het huichelachtige begrip van de 'dubbele uitwerking' vermits 'de dood ongewild was'. Daarom is het beeld van een verlengde vreedzame slaap tot aan de dood slechts fictie. Sedatie kan aangewezen zijn, maar ze waarborgt geenszins een zachte dood.

Daarenboven kiest de zieke bij euthanasie zelf het tijdstip waarop hij afscheid neemt. Bij sedatie daarentegen wordt de doodstrijd bewust aangehouden uit dienstbaarheid aan de levensbeschouwing of godsdienstige overtuiging van de zorgverstrekkers die zo tegemoet komen aan de doodsvraag van de patiënt zonder te raken aan het dogma van een 'natuurlijke' dood – een dood die wordt overgelaten aan het toeval van de aandoening eerder dan aan menselijke keuzevrijheid.

Daarom kan sedatie enkel een ethisch gefundeerd antwoord zijn op de doodswens van een patiënt, indien de zieke degelijk werd voorgelicht over het verschil tussen de *sedatieve weg* en *correcte euthanasie*.

Dr. Marc Englert

niet tegen hun wil een rol opgeduwd krijgen die zij niet wensen: het team werkt immers op vrijwillige basis. De principiële bezwaren zijn hier grotendeels afgeworpen, maar de vraag naar de praktische uitvoerbaarheid wordt er niet kleiner op. Wie zal er in staat zijn de broodnodige criteria op te stellen zodat we niet zijn aangewezen op het willekeurige oordeel van een ander? En – laten we eerlijk zijn – mocht iemand zich ooit al aan deze aartsmoeilijke taak wagen, zouden die criteria dan ook niet ten gronde op arbitraire bepalingen steunen

iedereen in staat het recht in eigen handen te nemen en het is hier dat er dan toch een grote en wezenlijke rol is weggelegd voor medische hulp bij zelfdoding. Het recht op zelfdoding behoort ook toe aan mensen van wie hun geestelijke vermogens zozeer zijn aangetast door dementie dat zij de wens van hun vroegere 'ik' niet langer kennen en aan mensen die, van top tot teen verlamd, de middelen niet meer zelf kunnen innemen. Doktershulp bij zelfdoding en euthanasie zou men in feite voor dit soort schrijnende gevallen moeten voorbehouden.

verkrijgbaar gesteld; dwingende zelfmoordpreventiemaatregelen worden aangemoedigd.

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

Het zelfbeschikkingsrecht geeft ieder mens in principe de vrijheid om over zijn eigen lichaam, leven en lot te beschikken. In dit artikel zagen we hoe dit recht binnen de huidige wetgeving op het altaar van de medische besluitvorming opgeofferd wordt. De vrije verkoop van letale middelen werd aan banden

Wie dood wil en geen ongeneeslijke aandoening heeft, is in onze samenleving het haasje

en eveneens het zelfbeschikkingsrecht kortwieken? Waar de dood via gecontroleerde stervenshulp bereikt wordt, is het levenseinde juist níet een zaak van de mensen zelf. Daarin schuilt misschien ook voor een deel zijn aantrekkingskracht. Zo houdt Szasz vol dat *"our longing for doctors to give us lethal drugs betokens our desire to evade responsibility for giving such drugs to ourselves."* (Szasz 1992).

Szasz werpt zich dus op als één van de weinige voorvechters van de vrije verstrekking van letale middelen. Zoals we zagen, heeft de beschikbaarheid van een zelfdodingspakket belangrijke voordelen voor de aanstaande suïcidant, de nabestaanden en onpersoonlijke derden, voordelen die medische en niet-medische hulp bij zelfdoding in principe grofweg ook genieten, maar met dat verschil dat praktische bezwaren deze voordelen niet in de weg staan: de zelfbeschikking is maximaal, de belasting van anderen is zo goed als gelijk aan nul en verfijnde (en dus weer beperkende) criteria zijn overbodig. Waar gecontroleerde stervenshulp in hetzelfde bedje ziek is als medische hulp bij zelfdoding en dus in willekeur en in een aantasting van de zelfbeschikking vervalt, ontglipt het aanbod van zelfdodingspakketten aan dit euvel door de verantwoordelijkheid volop terug te plaatsen waar zij tenslotte hoort: bij de suïcidant zélf. Natuurlijk is niet

De zelfbeschikking kan hier maar uitgeoefend worden mits bijstand van anderen. Maar geef hen die zelf kunnen beschikken hiertoe de mogelijkheid, ondanks twee duidelijke minpunten: ten eerste dat de verdoken levenshulp niet gegarandeerd is en ten tweede dat de arts niet beschikbaar is als er onverhoeds complicaties optreden. Die minpunten moeten we dan inderdaad, in de woorden van Chabot, opvatten als *"de prijs die de zelfredzame burger betaalt voor zijn onafhankelijkheid van de dokter."* (Chabot 1996: 244). Maar is die prijs de onafhankelijkheid niet waard?

BESLUIT

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

gelegd, het doktersrecept is nu een *conditio sine qua non* voor de verstrekking ervan. Dat houdt een dubbel nadeel in: de kandidaat suicidant die kiest voor een milde dood is hiervoor afhankelijk van de arts, en omgekeerd wordt de medicus opgezadeld met een taak waar hij zelf nooit voor gekozen heeft. De mogelijkheid tot gecontroleerde stervenshulp zou volgens velen deze paternalistische route de pas kunnen afsnijden en de menselijke zelfbeschikking in zijn eer weten te herstellen. Hoewel de doelstellingen van de Nederlandse *Stichting Vrijwillig Leven* prijzenswaardig zijn en voor het individu daadwerkelijk een uitweg zouden kunnen bieden, bleef op de ruimere vraag of gecontroleerde stervenshulp vroeg of laat een algemene oplossing kan zijn voor alle mensen die om welke reden dan ook een milde dood willen sterven, een positief antwoord verschuldigd. Immers: als er al ooit iemand in staat zou zijn de onmisbare criteria op te stellen om zo de willekeur tegen te gaan, in hoeverre nemen de vooropgestelde criteria de mens zijn zelfbeschikking dan toch niet automatisch uit handen?

Maar is zo'n gecontroleerde stervenshulp überhaupt wel nodig? Kan de mens met de prima begeleiding van de wijd verspreide 'doe-het-zelf'-handboeken niet efficiënt op eigen

houtje zijn zachte dood bewerkstelligen? He-laas... Onze analyse wees uit dat deze boeken in feite slechts voor één ding goed zijn: ze fungeren als gevarendriehoek voor de vele schadelijke, ondoeltreffende en angstaanjagende suïcidemethodes. De beschreven benodigde middelen zijn immers nauwelijks te verkrijgen. Waarom dan niet een zelfdodingspakket op de

makend. Ten opzichte van de begeleide hulp bij zelfdoding zijn er aan de vrije toegankelijkheid van letale middelen twee duidelijke nadelen verbonden, ten eerst er is geen arts op post om, indien nodig, alsnog de dood te bespoedigen en, ten tweede, de indirecte levenshulp is door de afwezigheid van een verplicht gesprek niet gewaarborgd.

Een zelfdodingspakket lijkt de enig mogelijke optie

markt brengen? We weerlegden de meest courant aangehaalde tegenargumenten – het gevaar voor impulsiviteit, voor misbruik en voor complicaties – en toonden aan waarom het beperken van de toegang tot letale middelen aan hoogbejaarde mensen geen steek houdt. Een zelfdodingspakket lijkt de enig mogelijke optie: het omzeilt metterdaad de medicalisering, het paternalisme en de druk op artsen wat de medische hulp bij zelfdoding betreft, en kan tegelijk paal en perk stellen aan de willekeur en de beknotting van de zelfbeschikking, die immers inherent is aan elke vorm van gecontroleerde stervenshulp. Maar natuurlijk is ook een zelfdodingspakket niet alleenzalig-

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

RWS

RECHT OP WAARDIG STERVEN

symposium

18 september 2009

13.30 - 16.30 u

*waardig sterven
en euthanasie bij
minderjarigen
heden en toekomst*

Deelnemers

- Mevr. J. De Roeck - algemeen directeur HVV
- Mevr. M. Vanlerberghe - senator, Sp.a-fractie leider
- Dr. E. LIM. Duval - pediater PICU koningin Paola Kinderziekenhuis Antwerpen
- Dr. P. M. de Jong - longarts, directeur NVVE (Nederland)
- Dhr. G. Pousset - kinderpsycholoog UGent
- Prof. F. Mortier - gewoon hoogleraar UGent
- Prof. J. Ramet - diensthoofd pediatrie UZA Edegem

Voorzitter

- Dr. M. Van Hoey - huisarts, LEIFarts, ondervoorzitter RWS

Locatie

UA - Wilrijk
campus Drie Eiken - gebouw R
Universiteitsplein 1
2610 Wilrijk

Medisch begeleide zelfdoding en euthanasie

Hoewel dit punt al meermaals in ons tijdschrift aan bod kwam, blijven er vragen binnenlopen over de verschillen tussen actieve hulp bij zelfdoding zoals in Zwitserland en de actieve tussenkomst die de Belgische wet toelaat. We zetten alles nog een keer op een rij.

DEFINITIES

Euthanasie zoals de wetgever die onder bepaalde voorwaarden toelaat in België, Nederland en Luxemburg, is een handeling waardoor een arts doelgericht het leven beëindigt van een persoon die daarom vraagt.

Medisch begeleide zelfdoding is een handeling waarbij een persoon zelf uit het leven stapt met de hulp van een arts.

VRAGEN & ANTWOORDEN

• In welke landen is euthanasie toegestaan?

Enkel in België, Nederland en het Groothertogdom Luxemburg.

• Is medisch begeleide zelfdoding toegestaan onder de Belgische, Nederlandse en Luxemburgse euthanasiewet?

De Nederlandse en Luxemburgse wet laten die mogelijkheid expliciet toe. De Belgische wet voorziet hierin impliciet, voor zover de wettelijke voorwaarden voor euthanasie (ernstige ongeneeslijke ziekte, aanhoudend lijden, herhaald en weloverwogen verzoek) worden nageleefd: onze wet schrijft namelijk niet voor op welke wijze de euthanasie wordt uitgevoerd. De patiënt kan dus zelf het dodelijke drankje innemen dat de arts hem overhandigt. Maar de arts moet daadwerkelijk deelnemen aan de handeling

en zich ervan vergewissen dat deze correct verloopt tot aan het overlijden: dan gaat het om *medisch begeleide zelfdoding* die binnen de Belgische wet kadert.

• Zijn er landen die medisch begeleide zelfdoding toestaan maar euthanasie verbieden?

Ja. Zwitserland en de Amerikaanse staten Oregon en Washington staan medisch begeleide zelfdoding toe, maar geen euthanasie.

• Zijn de voorwaarden voor medisch begeleide zelfdoding in Oregon, Washington en Zwitserland dezelfde als die in België en Nederland?

Neen, ze verschillen. En bovendien is er een verschil tussen Zwitserland en Oregon. In *Zwitserland* wordt hulp bij zelfdoding alleen maar getolereerd: het strafwetboek bepaalt dat de hulp niet strafbaar is indien

Tegenstander euthanasiewet kruipt in de pen

Voor professor **Herman Nys** heeft de euthanasiewet 'gefaald'. Onder de titel *Euthanasiewet faalt stelt Herman Nys, hoogleraar medisch recht aan de KU Leuven in het weekblad De huisarts dat "zeven jaar na de invoering van de euthanasiewet de kloof tussen wet en medische praktijk groter dan ooit" is.*

Dr. Marc Englert - Prof. em. Geneeskunde ULB
Rapporteur lid van de
Federale Evaluatiecommissie Euthanasie

In een spervuur tegen de legalisering van euthanasie, beweert professor Nys dat de wet over de hele lijn faalt.

Terwijl er volgens de wet niet zoiets bestaat als een recht op euthanasie, verzet hij zich tegen het feit dat zowel in de praktijk als in de media, euthanasie als een recht wordt beleefd en opgeëist. Verder beweert hij dat het vaak de verpleegkundigen zijn die 'het vuile werk' (sic) moeten opknappen.

Langzaam maar zeker evolueren we volgens de Leuvense professor naar een toestand waarin euthanasie als 'normaal' medisch handelen wordt beschouwd, waar een patiënt recht op heeft.

ANTWOORD

De beweringen van Professor Nys missen elke grond. We dienden hem dan ook van antwoord.

1. Het is onjuist dat er een kloof bestaat tussen wet en praktijk: verdoken euthanasie (euthanasie in de wettelijke zin: "actieve levensbeëindiging op vraag van de patiënt") is vandaag zo goed als onbestaande.

2. Het is onjuist dat verpleegkundigen euthanasie uitvoeren: in elke verklaring duidt de arts aan hoe hij te werk is gegaan.

3. Het is onjuist dat euthanasie wordt beschouwd als 'vuil werk'; integendeel. Vaak vermeldt de aangifte dat ze werd ervaren als een humaan en waardig levenseinde.

4. Het is onjuist dat euthanasie wordt uitgevoerd op verzoek van de familie. Uiteraard gebeurt het dat de familie van de patiënt om euthanasie vraagt. Maar de wettelijke vereiste van een 'herhaald en weloverwogen' verzoek door de patiënt zelf komt voor in alle aangiftes én ze wordt daadwerkelijk nagetrokken.

5. Het is onjuist dat de commissie 'in de praktijk' vrede neemt met een mondeling verzoek. Op meer dan 2500 aangiftes waren er slechts twee of drie uitzonderingen. En daar heeft de commissie zich ervan vergewist – door getuigenissen en toelichtingen van de arts – dat er wel degelijk een herhaald en nadrukkelijk verzoek van de patiënt was en dat het ontbreken van een schriftelijke verklaring enkel te wijten was aan de bijzondere (*medische – nvdv*) omstandigheden van het dossier.

6. Het is onjuist dat euthanasie een 'normale' medische behandeling bij het levenseinde is geworden: in werkelijkheid gaat het om minder dan één overlijden op honderd! ■

Wie consequent is met zijn levensovertuiging is een moedig mens

ze wordt geboden zonder 'egoïstisch' motief. Dit geldt voor onze twee Zwitserse zusterverenigingen *Exit Suisse Romande* en *Exit Deutsche Schweiz* evenals voor *Ex International* en *Dignitas*, twee verenigingen die ook hulp bieden aan buitenlandse patiënten.

Omdat euthanasie er verboden is, moet de patiënt in staat zijn zélf de dodelijke cocktail op te drinken met de steun van een 'begeleider' van de vereniging. Het medisch voorschrift wordt afgeleverd door een arts van de vereniging na verificatie van de aanvaardingscriteria van de organisatie. Die criteria zijn overigens gelijklopend met de voorwaarden voor legale euthanasie in België en Nederland.

In de staten *Oregon* en *Washington* mag een arts wettelijk de letale medicatie voorschrijven aan een patiënt met een terminale aandoening, waarvan het overlijden binnen de zes maand wordt verwacht. De patiënt schaft zich zelf het product aan en gebruikt het naar eigen goeddunken.

• **Zijn er landen waar de dodelijke medicatie aan iemand op eenvoudig verzoek mag worden voorgeschreven om ze naar goeddunken te gebruiken?**

Neen. Dat is overal verboden. In België en in Nederland kadert zulk voorschrijfgedrag niet in de euthanasiewet. De arts die zulke producten voorschrijft, zou vervolgd kunnen worden voor 'vergiftiging' en 'weigeren van bijstand' (*aan een persoon in nood – nvdr*).

In Zwitserland geldt het gedoogbeleid enkel voor erkende verenigingen en volgens vaste criteria.

In Oregon en Washington mag de arts enkel voorschrijven conform de wettelijke bepalingen. ■

Dr. Marc Englert

Een interview met kardinaal **Danneels** levert vrijwel altijd een vreemd mengsel op van onmiskenbare wijsheden en arrogante uitspraken, in *De Morgen* van zaterdag 6 juni was het niet anders.

Het meest verstandige wat de kerkvorst wist te zeggen was het volgende: "*Geloof is best een bewuste keuze.*"

Maar waar blijft dan de consequentie? Schaf het doopsel van baby's af en stop met het indocineren van kinderen. Als het geloof een bewuste – dat wil zeggen: volwassen – keuze dient te zijn, biedt dan ook in de katholieke scholen een verscheidenheid aan levensbeschouwingen aan met inbegrip van het vrijzinnig humanisme, dan zullen de jongeren inderdaad over alternatieven beschikken om een weloverwogen keuze te maken.

Met andere woorden: laat het marktoverwicht van je eigen zuil varen en ijver voor één pluralistische school. En begin alvast met het toekennen van gewetensvrijheid aan het onderwijzend personeel wat betekent dat de huidige loyaliteitsverklaring in de prullenmand mag.

Eerder in het interview, weliswaar op aangeven van de interviewster, stelt de kardinaal de geloofigheid tegenover het toenemend individualisme. Dit is een verkeerd antagonisme: zowel vandaag als in het verleden is het geloof dikwijls een louter individuele kwestie geweest, de persoonlijke relatie tussen de schepper en zijn schepsel stond centraal; als men zelf maar in de hemel kwam was het goed, wat er met de anderen gebeurde bleef bijzaak. De 'goede werken' werden gezien als de prijs die men moest betalen om voor zichzelf toegang te verwerven tot de hemelse zaligheid.

Wellicht de meest bewonderenswaardige realisatie van het katholicisme is zijn veelzijdig sociaal netwerk dat vaak gekenmerkt werd en wordt door dienstbaarheid en idealisme, maar zowel in het katholieke onderwijs als in de gezondheidszorg zijn er altijd geestelijken geweest die zich te buiten gingen aan machtsmisbruik: de *Magdalene-instituten* in *Ierland* zijn een extreem voorbeeld, maar ook bij ons waren er nonnen en priesters die zich gedroegen als echte tirannen.

En weerom kan **Danneels** het niet laten om zijn bekrompen visie op euthanasie te verkondigen: "*Ik zie bijvoorbeeld dat meer en meer oude en zieke mensen voor euthanasie kiezen. Ze doen dat niet uit eigen vrije wil, maar omdat ze onder grote, sociale druk staan.*"

Heeft de kardinaal intussen dan nog niet de wetteksten gelezen: sociale of economische druk kan nooit een reden zijn om euthanasie toe te passen, heeft zijne eminentie de relatief weinige patiënten die voor een actieve levensbeëindiging hebben gekozen, zelf bezocht of laten onderwerpen om na te gaan of zij kozen onder dwang of uit vrije wil? De zelfgenoegzaamheid van de monseigneur is zonder meer stuitend en een grove belediging zowel voor de patiënten als voor hun nabestaanden en assisterende artsen.

In tegenstelling tot wat **Danneels** beweert, wenst niemand euthanasie te verheerlijken en niemand roept deze beslissing uit tot een heldendaad: wie consequent is met zijn levensovertuiging is een moedig mens maar daarom nog geen held. De voorstanders van de legalisering voeren een emancipatiestrijd maar geen alternatieve kruistocht: *Wim Distelmans* is geen *Godfried van Bouillon* en *Etienne Vermeersch* geen *Pieter de Kluizenaar*.

De aanvaarding van onze sterfelijkheid is integendeel een daad van nederigheid: het is precies de *hybris* die ons in opstand doet komen tegen onze vergankelijkheid. En het getuigt van nog grotere hoogmoed om zichzelf in de plaats te stellen van het geweten en het oordeelsvermogen van mensen die men niet eens kent.

De kardinaal staat bekend om zijn zalvend toontje maar die zelf is slechts een glijmiddel voor een onbuigzame, dogmatische geest die nog altijd zweert bij de zaligmakende cultus van het lijden. Zijn favoriete vrouw, de heilige *Teresa van Avila*, was niet toevallig een toonbeeld van onderworpenheid: dat zegt alles over het vrouwenideaal van deze kerkleider. ■

Staf De Wilde

Over leugens, fabels, verzinsels en andere beschouwingen inzake euthanasie

Suïcidaal

Mensen vragen geen euthanasie omdat ze suïcidaal zijn. Integendeel: bewust van het nakende einde, kiezen ze voor de zachtste dood.

Angst voor de dood

Patiënten die afzien en om euthanasie vragen, hebben zelden angst voor de dood. Wat ze wel vrezen, is ondraaglijke pijn.

Alzheimer

Hugo Claus kreeg geen voorkeurbehandeling omdat hij Hugo Claus was. Hij heeft zorgvuldig de wet nageleefd. Hij maakte de finale keuze van zodra zijn reden van bestaan hem ontglipte: *kunnen schrijven*. In het beginstadium van de ziekte van Alzheimer heeft iedereen die keuze: om euthanasie vragen in het vooruitzicht van verdere aftakeling (zie *wettelijke bepalingen inzake euthanasie bij niet-terminale patiënten – nvdr*).

Ontsporing

De ontsporing en de uitwassen die de tegenstanders van de wet met grote trom hebben aangekondigd, zijn er niet gekomen. De *Federale Controle- en Evaluatiecommissie* is formeel: duizenden onderzochte dossiers brachten op zeven jaar – de wet dateert van 2002 – niet één geïntegreerde klacht aan het licht.

Godsdienst

Ook diepgelovige mensen kiezen vaak voor euthanasie omdat ze schrijnende herinneringen overhouden aan de afschuwelijke en schier eindeloze doodstrijd van een naaste.

Palliatieve thuiszorg

Gedreven door individuele overtuiging en door hun palliatieve opdracht huiveren sommige

thuisverplegers soms van de duidelijke en ondubbelzinnige wilsuiting van patiënten die bewust hebben gekozen om thuis te sterven middels euthanasie. Waakzaamheid en een voorafgaande bevraging zijn hier geboden.

Palliatieve zorgen eerst

De meeste ziekenhuisartsen bevelen hun patiënten palliatieve verzorging aan omdat het hen als geneesheer meer houvast biedt. Natuurlijk moet iedereen naar de dokter luisteren, maar de patiënt behoudt de wettelijke vrijheid een ander levenseinde te eisen.

Vereenzaamd in het rusthuis

Ver van hun familie, soms helemaal vereenzaamd, moeten bejaarden die in een rusthuis verblijven, rekenen op de eigen vastberadenheid en op de daadkracht van hun huisarts om al hun rechten te doen gelden.

Een uitstekende wet

Ons land geniet van een opvallend progressieve wet (28 mei 2002), maar net als bij de abortuswet wordt niemand verplicht er beroep op te doen. Gedreven politici hebben zich laten leiden door het jarenlange immense voorbereidende werk van artsen en juristen. In Vlaanderen staat *RWS* al 25 jaar op de bres en in Franstalig België ijvert *ADMD* zelfs twee jaar langer. Zoveel schitterend werk verdient onze erkentelijkheid! Wat niet wegneemt dat de wet nog steeds vatbaar is voor verbetering, ondermeer voor minderjarigen en (*demente – nvdr*) bejaarden.

Een daad van naastenliefde

Het is niet omdat een arts euthanasie uitvoert dat hij geen eerbied voor het leven zou hebben. Integendeel: na alles te hebben onderno-

men voor de patiënt, is deze ultieme medische handeling een laatste blijk van naastenliefde.

Voorzorgen

De patiënt moet er zich niet alleen van vergewissen dat de huisarts zijn wilsuiting zal naleven. Ook bij de keuze van een RVT of ziekenhuis dient hij zich vooraf te informeren. Bij opname moet hij onmiddellijk de *RWS-documenten* overhandigen.

Een mooie dood

Van oudsher is de dood angstaanjagend. Maar de patiënt krijgt een heel ander beeld wanneer hij het naderende einde kan beheersen, de mogelijke onwaardigheid ervan vermijden en zich met de hulp van de behandelende geneesheer voorbereiden op een sereen levenseinde. ■

Raymond Dombrecht

Vragen rond de euthanasie-problematiek kun je stellen tijdens de

RWS permanentie

elke eerste donderdag van de maand
14.00 - 17.00 u
(Niet in juli en augustus)

in het
Internationaal Perscentrum
Vlaanderen
Grote Markt 40, 2000 Antwerpen

Sterven voor het duister valt

Zondagavond 17 mei zond 'Panorama' op Canvas een eigen reportage uit over het problematische van euthanasieaanvragen in het geval van dementie.

Het eerste wat opviel was de emotionaliteit en de droefheid zowel bij de nabestaanden als bij de dementerende: afscheid nemen is voor de meeste mensen allesbehalve evident, het gaat om loslaten en we klampen ons graag vast, aan onze geliefde(n) en aan het leven.

Het wezenlijke aan de dementie is – voor zover ik er iets van begrijp – de transformatie of metamorfose: geleidelijk aan wordt men een andere mens, zelfs in die mate dat er nog nauwelijks iets van het typisch menselijke, zijnde het vermogen om te oordelen en over zichzelf te beschikken, overblijft. Uit het omhulsel van ons bewuste bestaan schuift een wezen dat zichzelf niet meer herkent, laat staan zijn omgeving: het is alsof de vlinder weer rups wordt. Het is niet noodzakelijk zo dat de patiënt zelf dit ervaart als een pijnlijke en vernederende aftakeling: het bewustzijn kan zo aangetast zijn dat er een blijmoedigheid ontstaat die we ook aantreffen bij verstandelijk gehandicapten. Het pijnlijke dringt wel door in momenten van helderheid – indien die er nog zijn – en dan ziet de patiënt zichzelf in een toestand die een aanfluiting is van zijn of haar waardigheid: hij of zij merkt dat de controle over de lichaamsfuncties is weggefallen en dat men niets meer kan verrichten op eigen kracht, er is een totale afhankelijkheid opgetreden en men herinnert zich niets meer buiten het momentane wat leidt tot een gevoel van absolute desoriëntatie en hulpeloosheid.

De kern van de zaak is dat velen onder ons bij voorbaat hebben uitgemaakt dat zij nooit in zo'n toestand terecht wensen te komen: men weigert te degraderen tot een quasi dierlijk functioneren. Het gaat om het behoud van eigenwaarde en waardigheid en die wordt bepaald door intellectuele en fysieke integriteit: men wil zijn nabestaanden herkennen, men wil ermee kunnen communiceren en men wil zijn elementaire lichaamsfuncties blijven beheersen.

Indien dit niet meer mogelijk is, verkiest men op een waardige manier uit het leven te stappen.

Het probleem is echter dat euthanasie door de huidige wetgeving enkel wordt aanvaard wanneer de patiënt helder van geest is en zijn aanvraag herhaaldelijk heeft geformuleerd.

Daartoe is de dementerende vanaf een bepaald moment in zijn aftakeling niet meer in staat. Het komt er dus op aan preventief of proactief in te grijpen door het opstellen van een wilsbeschikking.

*Het heroïsche aan
Socrates is juist
dat hij blijmoedig
de gifbeker
heeft uitgedronken*

Waar we dringend nood aan hebben is een wilsbeschikking die de juridische geldigheid heeft van een levenstestament dat moet uitgevoerd worden. Het is toch heel bizar dat men vooraf kan vastleggen wat met zijn uiterlijke bezittingen moet gebeuren terwijl men dat niet kan met het meest persoonlijke, namelijk het eigen leven.

Artsen en wellicht ook juridische adviseurs moeten opgeleid worden om de patiënten hierin bij te staan: in de wilsbeschikking moet immers duidelijk worden omschreven wat men zelf ziet als een grens, welke symptomen van de ziekte men vooraf weigert te aanvaarden.

Tenslotte, wat de getuigenissen nogmaals hebben duidelijk gemaakt, is het feit dat heel wat mensen hun nabestaanden liever niet zouden belasten met de uitvoering van hun laatste wil, en evenmin wensen zij medici daarmee

lastig te vallen: veel liever nemen zij het heft in eigen handen en benutten zij het recht op zelfbeschikking tot in zijn uiterste consequentie door zelf een middel in te nemen dat hen een zachte dood bezorgt.

Daarom dringen twee initiatieven zich op: een wetswijziging die aan het levenstestament een bindende geldigheid verschafft, en de ontwikkeling van een medicijn dat uiteraard enkel op voorschrift en na onderzoek te verkrijgen zou zijn, maar dat de bijkomende last van de verantwoordelijkheid of zelfs de schuldgevoelens zou milderden. Zelfbewuste mensen willen het zelf doen, daarom niet in eenzaamheid maar omringd door hun geliefde(n): het heroïsche aan **Socrates** is juist dat hij blijmoedig de gifbeker heeft uitgedronken en niet op de vlucht sloeg om zijn leven met enkele jaren te verlengen. We verkiezen de Socratische helderheid boven de mist van het vegeteren en boven het belasten van onze bezorgde en zorgzame omgeving. ■

Staf De Wilde

Gedicht

Zelfverkleining

*er lijkt geen grens aan de zelfverkleining
sinds de wereld is geslonken tot bed
het stalen buisframe is de omheining
waarin je blijvend bent klemgezet*

*ze zeggen de hel is de anderen
het gezegde blijkt opnieuw vitaal
wanneer je van plek moet veranderen
en je met drie man ligt op een zaal*

*in weerzin deel je dagen en nachten
met voor alle vier het bed als burcht
en 's avonds de gedeelde gedachte
dat 's nachts één de drie anderen wurgt*

Joost Zwagerman

Verenigd Koninkrijk

De Britse *Debbie Purdy* kwam al in een eerder nummer aan bod (116, 2009). In 1995 werd bij haar MS vastgesteld. Sindsdien was ze verwikkeld in een gerechtelijke procedureslag aan gaande haar wens tot begeleide zelfdoding in het buitenland. Ze wil tot elke prijs voorkomen dat haar echtgenoot na haar overlijden vervolgd zou worden voor 'medeplichtigheid aan zelfmoord'. Haar zaak kwam een laatste keer in beroep voor op 3 februari en twee weken later werd haar verzoek tot juridische verduidelijking definitief afgewezen. Toch getuigt het vonnis – aldus Debbie – van empathie: het verwijst ondermeer naar de beslissing om in oktober 2008 de ouders van *Dan James* niet te vervolgen: "Het Appeal Court deed al wat het kon om te verduidelijken dat mijn echtgenoot weinig kans liep op vervolging indien hij me naar het buitenland zou vergezellen". Volledige zekerheid ware nog beter geweest. In Engeland uit het leven mogen stappen zou de optimale uitkomst zijn. Lang niet alle patiënten kunnen die laatste reis fysiek nog aan.

Ondertussen blijft premier *Gordon Brown* fel gekant tegen elke wetgeving inzake 'assisted deaths': "Het is niet aan ons om een wet uit te vaardigen die mensen onder druk zou zetten uit het leven te stappen omdat ze tot last zijn van een verwante" (sic). Brown laat zich inspireren door de *Care Not Killing*-lobby. Niet meteen zijn beste gok met algemene verkiezingen in het verschiet.

In *Schotland* steunt *Dying in Dignity* de voorgestelde *Palliative Care Bill* – wetsvoorstel inzake palliatieve zorg. De wet wil hoogkwalitatieve palliatieve zorg in Schotland voor iedereen toegankelijk maken door ze onder de *NHS*, publieke gezondheidszorg, te laten ressorteren. In heel het Verenigd Koninkrijk moet iedereen gelijke toegang hebben tot palliatieve verzorging, privaat of publiek.

Tot 1961 was poging tot en hulp bij zelfdoding in Engeland onder alle omstandigheden strafbaar. *Dying in Dignity* is blij met de amendementen aan de *Suicide Act* waardoor een

duidelijk onderscheid wordt gemaakt tussen het kwaadaardig aansporen tot zelfdoding – bijvoorbeeld van kwetsbare jongeren via het Internet – en empathische stervenshulp van een terminaal zieke, handelingsbekwame volwassene.

De huidige grijze zone tussen hulp bij en medeplichtigheid aan zelfdoding, maakt dat ondermeer Britten nog steeds kiezen voor een 'Enkele reis Zwitserland' – "A Short Stay in Switzerland" – zoals in het prachtige docudrama op *BBC ONE* (25.01.09) met *Julie Walters* in de rol van *Dr. Anne Turner* die op 24 januari 2006 vreedzaam haar leven beëindigde. In Zürich, omringd door haar drie kinderen. De uitzending begon met 4,3 miljoen kijkers en haalde gaandeweg nog een miljoen meer!

Anne Turner had lijdzaam moet toezien op de langzame aftakeling van haar echtgenoot *Jack*. Kort na diens overlijden werd ook zij getroffen door een virulente vorm van *PSP* (zie voetnoot). Ze had geen angst om te sterven wél om door dezelfde hel te gaan als haar man. Tot het einde bleef *Dr. Anne Turner* betreuren dat Britse terminale patiënten noodgedwongen in het buitenland verlossing moeten zoeken.

Jammer genoeg komt in het Britse verhaal één woord nergens voor, met name: *euthanasie*. It's still a long way. . .

Ierland

Omwille van woelig protest moest het universitair ziekenhuis van *Cork* een lezing over euthanasie afbreken. De spreker was *Prof. em. dr. Len Doyal*. Professor *Doyle* is lid van het ethisch comité van de *British Medical Association* en rustend hoogleraar medische ethiek aan

VOETNOOT

PSP: progressieve supranucleaire paralyse of ziekte van *Steele-Richardson-Olszewski*, een vorm van parkinsonisme. Ongeneeslijke neurologische aandoening.

www.gezondheid.nl
www.parkinson.nl

Queen Mary, University of London. Hij schreef recent een artikel in *Clinical Ethics* (*Royal Society of Medicine*) waarin hij pleitte voor legalisering en uitbreiding van euthanasie. Arm Ierland.

Duitsland

In de Duitse deelstaat *Beieren* werd *Mr. Wolfgang Putz* – een advocaat gespecialiseerd in medisch recht – veroordeeld tot negen maanden voorwaardelijk en een effectieve geldboete van 20.000 euro voor poging tot . . . doodslag! Hij had in 2006 advies verstrekt aan de kinderen van een 75-jarige comapatiënte die tegen haar wil kunstmatig in leven werd gehouden. Meester *Putz* tekende beroep aan bij het *Duitse Hooggerechtshof*.

Japan en Korea

In *Japan* is de toestand niet beter dan in Groot-Brittannië. De *Japan Society for Dying with Dignity* (*JSDD*) staat sinds haar oprichting in 1976 geen stap dichterbij een wet over het levenseinde. De *JSDD* – die 140.000 leden telt – rekt op één miljoen leden om resultaten te boeken in het Japanse parlement. Het *Ministerie van Volksgezondheid* pleegt wel overleg met diverse groeperingen waaronder de *JSDD* met het oog op een richtlijn voor de laatste wilsuiting van patiënten.

Japan volgt ook met spanning een proces in *Seoel* (Zuid-Korea) over de wettelijke vertegenwoordiging bij volmacht (vergelijkbaar met de *vertrouwenspersoon* in onze euthanasiewet) om tot euthanasie over te kunnen gaan bij een hersendode, vegetatieve terminale patiënt. In *Seoel* stemde het gerecht in met de stopzetting van verdere behandeling.

Samenwerking tussen *Japan* en *Zuid-Korea* is in deze materie dan van het grootste belang.

Verenigde Staten

Ted Goodwin, ondervoorzitter van de *Right-to-Die Wereldfederatie*, werd op 25 februari in de staat *Georgia* aangehouden, samen met de medisch-directeur van het Amerikaanse *Final*

Exit Network. Nog twee leden werden gearresteerd in *Maryland*. Een politieman gaf zich uit voor een patiënt met terminale alvleeskanker en kon zo een val spannen. In zeven andere staten werden – soms brutale – huiszoekingen verricht, dossiers en computers in beslag genomen en vrijwilligers ondervraagd.

De aanklacht tegen *Goodwin* en de andere drie arrestanten luidde: 'hulp bij zelfmoord, geknoei met bewijsmateriaal en samenzwering'.

West-Australië

Bijna twee derden van de ondervraagde artsen bleek niet op de hoogte van het wetsvoorstel aangaande de invoering van een *leventestament* waardoor terminale patiënten enerzijds mogen beslissen welke medische handelingen zij wél of niet wensen, terwijl anderzijds artsen wettelijke bescherming genieten inzake strafrechtelijke vervolging of burgerlijke aansprakelijkheid indien ze aan die keuzes tegemoet komen.

Het *Hogerhuis* aanvaardde het voorstel in juni 2008 en binnenkort zal het *Lagerhuis* volgen. Dan is het enkel wachten op publicatie in het staatsblad en degelijke voorlichting van het artsenkorps door de *Australian Medical Association*.

Indien elk lid van de West-Australische euthanasievereniging in afwachting de eigen huisarts inlicht bij de eerstevolgende raadpleging, dan zijn alvast duizend dokters binnen het half jaar op de hoogte van het bestaan van een rechtsgeldig leventestament... Praktisch, toch?

En ondertussen wordt er druk verder gelobbyd voor de legalisering van vrijwillige euthanasie. Niet in het minst door de *Christenen voor Vrijwillige Euthanasie*, een protestantse beweging uit Zuid-Australië die oordeelt dat het van liefde en erbarmen getuigt terminaal of uitzichtloos zieken de vrije keuze te laten om zonder pijn, vreedzaam en waardig te sterven door legale vrijwillige euthanasie. ■

JV & PR

Nuttige adressen

ADMD

55, rue du Président
1050 Bruxelles
T 02 502 04 85
F 02 502 61 50
info@admd.be
www.admd.be

Vlaamse Alzheimer Liga

Gratis infolijn voor familieleden van dementerenden en jong-dementerenden
T 0800 15 225 (Gratis)
www.alzheimer.be

Stichting tegen Kanker

Leuvensesteenweg 479
1030 Brussel
Kankerfoon 0800 15 802 (Gratis)
www.kanker.be

Vlaamse Liga tegen Kanker (VLK)

Koningsstraat 217
1210 Brussel
Vlaamse kankertelefoon
T 078 15 01 51
e-kankerlijn@tegenkanker.be
(elektronische variant van de Vlaamse kankertelefoon)
www.vlk.be

Centra Morele Dienstverlening

Alle informatie en adressen over morele bijstand en vrijzinnige plechtigheden
Brand Whitlocklaan 87
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
T 02 735 81 92
www.uvv.be
cmd.federaal@uvv.be

Federatie Palliatieve Zorg Vlaanderen

Voor alle adressen en informatie over palliatieve zorg
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel
T 02 456 82 00
www.palliatief.be

ALS-Liga

T 016 29 81 40
www.als-mnd.be

Humanitas

Psychologische begeleiding
T 0497 644 003

LEIF-lijn (een RWS-initiatief)

Informatie voor iedereen die vragen heeft rond het levenseinde
J. Vander Vekenstraat 158
1780 Wemmel
T 078 15 11 55
www.leif.be

Multiple Sclerose Liga

Voor psycho-sociale begeleiding van MS-patiënten en hun familie
Boemerangstraat 4
3900 Overpelt
T 011 80 89 80
MS Infolijn 0800 93 352 (Gratis)
www.ms-vlaanderen.be

SENSOA

Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid en voor mensen met HIV
Kipdorpvest 48A
2000 Antwerpen
T 03 238 68 68
www.sensoa.be

Tele-Onthaal

Telefonische ondersteuning ivm persoonlijke zorgen en relatieproblemen
T 106 (Gratis)
www.tele-onthaal.be

Trefpunt Zelfhulp

Voor informatie en adressen van zelfhulpgroepen in Vlaanderen
E. Van Evenstraat 2c
3000 Leuven
T 016 23 65 07
www.zelfhulp.be

VONKEL vzw - Een luisterend huis

Zwijnaardesteinweg 26 A
9000 Gent
lievethienpont@yahoo.com
marc.cosyns@ugent.be

BUITENLAND

World Federation of Right to Die Societies en andere, niet aangesloten verenigingen: adressen via het secretariaat van *RWS*

Bij RWS

Levenstestament (4 exemplaren)

Wilsverklaring inzake euthanasie (6 exemplaren)

met toelichting en tweeledig pasje richtlijnen bij ziekte of ongeval

Emile Gevenois

De kracht van de berusting tegen het knagen van de onrust

(Nederlandse versie: Jef Maes) - 322 blz

Gratis (portkosten: € 2,65)

Vermelden: EG1N

Bij Filmfonds Buyens - Chagoll

Minder dood dan de anderen

Een film van Frans Buyens met Dora Van der Groen en

Senne Rouffaer.

DVD

€ 25 te betalen aan

Filmfreaks- Distributie-Antwerpen

bankrekening: 721-5204132-73

VHS

€ 12,50 te betalen aan

Voor de glimlach van een kind

bankrekening: 434-2672681-44

In de boekhandel

Frans Buyens

Minder dood dan de anderen

EPO 1991 – ISBN 90 6445 608 9 – € 10,40

Maurits Verzele

De milde dood (zelfdoding en euthanasie)

EPO 1994 – ISBN 90 6445 839 1 – € 11,20

Léon Favvyts (red)

Dossier Euthanasie. Van taboe tot recht

EPO 1998 – ISBN 90 6445 051 X – € 14,75

Hugo Van den Enden

Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie

VUBPress 2004 - 221 blz

ISBN 90 5487 373 6 - € 17,95 (bestellen via

www.vubpress.be of via e-mail vubpress@vub.ac.be)

J. Vlamincx / M. Cosyns / S. Vanderstichele

Zoals ik het wil. Gesprekken over euthanasie Roularta Books 2004

250 blz, € 22,90

Wim Distelmans

Een waardig levenseinde (geactualiseerde druk)

Houtekiet 2008 - ISBN 978 90 8924 026 2 - € 19,95

Als het zover is (verhalen over euthanasie) door

het supportteam van het ZNA Campus Middelheim

EPO 2006 - ISBN 90 6445 404 3 - € 15,00



Toetredingsformulier

VOLLEDIG INGEVULD EN ONDERTEKEND STUREN NAAR: RWS, CONSTITUTIESTRAAT 33, 2060 ANTWERPEN

Naam Voornaam

Meisjesnaam Voornaam

Straat / nr

Postcode Woonplaats

Geboortedatum Beroep

wenst deel uit te maken van **Recht op Waardig Sterven vzw** en stort op bankrekening: **BE19 3200 2641 7012** van RWS met vermelding van:

individueel: € 20,00 – familiaal: € 30,00 (alle namen vermelden) – sociaal: € 10,00 (student, werkzoekende, ... mits attest)

Desgewenst kan ik u (kosteloos) helpen met volgende activiteiten:

Handtekening:

World Federation of Right to Die Societies

Aangesloten leden

Afrika

Zimbabwe

- Final Exit

Zuid-Afrika

- SAVES

Azië

India

- The Society for the Right to Die with Dignity

Japan

- Japan Society for Dying with Dignity

Europa

België

- Assoc. pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)
- Recht op Waardig Sterven (RWS)

Denemarken

- En Vaerdig Død

Duitsland

- Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben eV (DGHS)

Engeland

- Dignity In Dying

Europa

- Right to Die Europe (RtD-E)

Finland

- EXITUS ry
- Pro Gratia Humana

Frankrijk

- Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD)

Groot-Hertogdom Luxemburg

- Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD-I)

Israël

- LILACH: The Israel Society for the Right to Live and Die with Dignity

Italië

- EXIT - Italia
- Libera Uscita

Nederland

- NVVE Right to Die - NL
- Stichting De Einder

Norwegen

- Foreningen Retten til en Verdig Død

Schotland

- Friends at the End (FATE)

Spanje

- Derecho a Morir Dignamente (D.M.D.)

Zweden

- Rätten Till Vår Död (R.T.V.D.)

Zwitserland

- EXIT Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (Suisse Romande)
- EXIT Vereinigung für humanes Sterben

Noord-Amerika

Canada

- Choices in Dying Society
- Dying with Dignity
- Right to Die Society of Canada

USA

- Autonomy
- Compassion and Choices
- Death With Dignity National Center
- End of Life Choices, Florida
- Euthanasia Research & Guidance Org (ERGO!)
- Final Exit Network

Zuid-Amerika

Colombia

- Fundacion Pro Derecho a Morir Dignamente

Venezuela

- Derecho a Morir con Dignidad - Venezuelan
- Association Right to Die with Dignity

Oceanië

Australië

- Dying With Dignity Tasmania
- Dying With Dignity Victoria
- Northern Territory Voluntary Euthanasia Society
- South Australian Voluntary Euthanasia Society
- Voluntary Euthanasia Society of New South Wales
- Voluntary Euthanasia Society of Queensland
- West Australia Voluntary Euthanasia Society

Nieuw-Zeeland

- Dignity NZ Trust
- Voluntary Euthanasia Society of New Zealand

Meer informatie (postadres, tel, fax, e-mail, internet)
via het secretariaat van RWS of op:

www.worldrtd.net/members

