

LIJDEN AAN HET LEVEN REVISITED

Anthony Draaisma

mei 2007

www.yoga-intervision.com

Onderstaande beschouwing, aansluitend op “Over waardigheid en existentieel lijden” (februari 2007) (3), gaat in op de vraag of de problematiek rond lijden aan het leven zich inderdaad bevindt op het grensvlak van normaliteit en pathologie, zoals een binnen artsenkring gezaghebbende commissie, de zogenaamde Commissie Dijkhuis, stelt. Reflectie hierop is van belang aangezien artsen hierin een rechtvaardigingsgrond zien voor het afzijdig blijven van actieve hulp bij vrijwillige levensbeëindiging. De auteur deelt deze mening niet. Bij de bewuste problematiek is het menselijke motiveringsleven *in zijn volle breedte* aan de orde. Niet alleen lijden in medisch-existentiële zin is aan de orde, ook motieven van transcendent aard zowel als motieven in de sfeer van “voltooid leven” doen zich voor. Alleen een open benadering doet hulpvragers recht. Dat betekent: verifiëring door hulpverleners van “klaarheid” m.b.t. voornemens tot zelfgekozen levensbeëindiging, in plaats van verifiëring van de ernst van het lijden. Klarheid en lijden gaan immers hand in hand. Onverlet latend dat de wetgeving op lijden het accent legt. Dit alles neemt niet weg dat ook vreugdevolle motieven tot zelfverkozen levensbeëindiging kunnen leiden. Afgesloten wordt met de suggestie na te gaan of een buddybenadering - wederzijdse bijstand bij zelfgekozen levensbeëindiging door gelijkgestemden - haalbaar is. In een korte PS geeft de auteur zijn eigen voorkeuren weer.

1. Grensvlak van normaliteit en pathologie

Onlangs nam ik nog eens het rapport van de Commissie Dijkhuis, een commissie van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, betreffende “lijden aan het leven” ter hand (1). Eerst nu, bij tweede lezing, viel mijn oog op passages waarvan de draagwijdte mij bij eerste lezing was ontgaan. Het betreft de constatering (blz. 2 resp. blz. 41 / 42) dat de problematiek rond lijden aan het leven “zich bevindt op het grensvlak van normaliteit en pathologie”. Hetgeen - naast er niet mee in aanraking komen en/of er weinig affiniteit mee hebben - “rechtvaardigt dat artsen een zekere mate van keuzevrijheid hebben in hoeverre zij zich met hulpvragen van patiënten op dit vlak willen inlaten”.

Is het echter wel zo, aldus vroeg ik mij af, dat de problematiek rond lijden aan het leven (2) zich bevindt op het raakvlak van normaliteit en pathologie? Die vraag leek mij, gegeven de consequenties die de commissie eraan verbindt, van groot belang. Niet alleen echter dáárom. Had niet al menigeen zich hartgrondig beklagd over hoe argwanend je bekeken werd zodra je het onderwerp vrijwillige levensbeëindiging ter sprake bracht. Als je daarover begon was je depressief, mogelijk zelfs psychisch gestoord. Rijp voor de psychiater.

Was het bovendien soms omdat ik er zelf ook zo over dacht, over hād gedacht, dat mij de bewuste passages bij eerste lezing waren ontgaan? Was de visie van de commissie soms gemeengoed? Vanzelfsprekend, gegeven tijd en cultuur? ... Al met al genoeg aanleiding voor reflectie. Waarvoor dus nu uw aandacht.

2. Negatieve hypotheek

De Commissie Dijkhuis, een commissie van de Koninklijke Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die zich boog over lijden aan het leven (1), stelde destijds vast dat de problematiek rond lijden aan het leven zich bevindt op het grensvlak van normaliteit en pathologie. Iets wat moeilijk anders is te verstaan dan als aanbeveling aan artsen om bij verzoeken om hulp bij vrijwillige levensbeëindiging vanwege lijden aan het leven, er extra alert op te zijn dat er geen sprake is van pathologie.

Wat de commissie onder pathologie verstaat bleef helaas in het ongewisse. Ging het voor de commissie om de persoonlijkheidsstructuur van betrokken hulpvragers, om hun motieven, om beide? Evenmin verduidelijkte de commissie *wanneer* tot pathologie kan of moet worden geconcludeerd, al vermoed ik dat artsen tot een dergelijke conclusie neigen zodra wat in vaktermen “invoelbaarheid” heet, uitblijft. Al zijn deze vragen van groot belang, wij laten ze voor wat zij zijn. Voor ons betoog is een andere constatering van minstens zo groot belang. Te weten dat hulpvragers in gesprek met artsen zich in dergelijke situaties mogelijk al gauw in een underdogpositie weten, of wanen.

Onder de last van zo'n negatieve hypotheek gesprekken starten kan er dan ook toe leiden dat hulpvragers hun normaliteit willen benadrukken om zodoende op voorhand pathologische kwalificaties te ontzenuwen. Ook al weten zij niet precies welke die zijn. Met als mogelijk gevolg dat artsen-hulpverleners zich juist daardoor in hun “verdenking” bevestigd weten. Er over beginnen dat er aspecten van transcendentie aard meespelen, waarover hierna meer, is dan riskant. Immers ook dat kan als pathologisch worden geduid, indien niet dan zijn ze, gegeven wetgeving en uitvoeringspraktijk, volstrekt irrelevant..

3. Transcendent lijden

Met aspecten van transcendentie aard doel ik op de religieuze kant van de mens. Juist religieus gemotiveerde mensen kunnen, allengs hun ouder worden, meer en meer bezielde raken door de wens hun leven te heiligen door vrijwillig te sterven. En wel bij volledig bewustzijn, in plaats van het voor menigeen welkome plotselinge sterven. Een ideaal, dat laatste, dat we terugzien in het zo pijnloos mogelijk sterven, daarmee doorgaans geleidelijk steeds minder bewust, steeds meer comateus. Bij volledig bewustzijn sterven kan zo maar hun diepste verlangen zijn. Iets waarvoor vroeger gebeden werd die genade te mogen krijgen geschonken, ook overigens in andere culturen dan de christelijke alleen. Gelijk alle leven ononderbroken verrijst uit de dood en daarnaartoe terugkeert, alle eindige betrekkingen overstijgend, vindt het in het zelfgewilde sterven zijn bekroning. Offerhandeling bij uitstek, tijd en cultuur overstijgend.

Wat voorheen abject was, zelfmoord heette, transformeert zich dan tot een begerenswaardige, vreugdevolle eigen laatste stap. In een leven dat inherent tot onthechting leidt. Niet langer is het zelfverkozen levenseinde zwaarbeladen affront (doodzonde) tegenover de schenker ervan. Aldus verwerft vrijwillige levensbeëindiging een even heilig belevingsaspect als, let wel: vermeend onthecht voortleven. Vermeend onthecht, immers vereniging van de ziel met god, blijvende verlichting, bevrijding uit de kringloop der geboorten, dat alles is, voor hen althans, zoals voor de meesten onder ons, uiteindelijk alleen te vinden ná of in de dood.

Het is vanuit die optiek, de transcendentie dus, dat sterven, net als bij ondraaglijk en uitzichtloos lijden, door betrokkenen meer en meer gezien wordt als bevrijding. Bevrijding uit zelfbetrokkenheid die steeds zwaarder valt. Zelfbetrokkenheid die de laatste levensfase mogelijk op dominantere wijze kleurt dan in het actieve leven het geval was. Een aanvankelijk

geduldig, verlangend wachten, kan, wanneer de dood almaar uitblijft, en hulp bij vrijwillige levensbeëindiging onmogelijk blijkt, dan ook licht omslaan in smart. In wat ik, met behulp van een inderdaad wat paradoxale terminologie, transcendent lijden zou willen noemen ... Als ziek zijn van verlangen. Ziek van heimwee.

4. Open benadering

In plaats van te spreken over grensvlak van normaliteit en pathologie meen ik dus dat de bewuste problematiek deel uitmaakt van het menselijk motiveringsleven in haar volle breedte. Die van normaliteit, pathologie en transcendentie dus. Waarmee gezegd wil zijn dat de grensvlakconstatering zoals geuit door de commissie geen argument kan zijn op grond waarvan artsen zich van de bewuste problematiek afzijdig zouden kunnen houden.

Is door de toevoeging van transcendent lijden een ruimere range van kwalificaties aangeduid waarbinnen zich lijden voordoet, ook de range van motieven, rechtvaardigingsgronden, voor vrijwillige levensbeëindiging wordt breder. Aan **(a)** uitzichtloos en ondraaglijk lijden als bedoeld in de Euthanasiewet resp. **(b)** existentieel lijden in de zin van (dreigende) dementie, chronische psychiatrie en/of voltooid leven (3), dient te worden toegevoegd **(c)** heiliging van het leven c.q. bevrijding uit zelfbetrokkenheid. Zo artsen het nodig vinden motieven uit dit spectrum te kwalificeren, dan binnen de volle breedte van het menselijk motiveringsleven. Gecoverd dus door: normaal - pathologisch - transcendent. Pas een open benadering, vanuit die volle breedte, doet recht aan hulpvragers.

Voor betrokken artsen en hulpverleners betekent een dergelijke benadering dat zij niet langer alert hoeven te zijn op, eerst en vooral, mogelijke pathologie. Waar hun alertheid zich vanaf dan op richt is op zorgvuldig en onbevooroordeeld luisteren. Vanwege de nood van de hulpvrager zorgvuldiger dan ook wij, in ons omgaan met elkaar, geacht worden te doen. Dit opdat hulpvragers en hun motieven niet ten onrechte als pathologisch worden gekwalificeerd. Om, anders gezegd, niet ten prooi te vallen aan wat wel “pre-trans verwarring” heet.

5. Pre-trans verwarring

Ter toelichting daarvan een voorbeeld. Menigmaal kwalificeren we een zwijgzaam persoon in eerste instantie als wijs. Wat “trans” is, dat wil zeggen: een hoge -, mogelijk de hoogste mate van menselijke ontwikkeling representeert. Waarheid immers onttrekt zich aan woorden, ontsluit zich in stilte. Evengoed echter kan een dergelijk persoon er het zwijgen toe doen vanwege een allesoverheersende grondtoon van angst. Wat “pre” is. Pathologisch zo men wil.

Zwijgt betrokkene echter vanwege gebrek aan kennis en ervaring, dan kwalificeren we dat als verstandig. Als “normaal”. Kortom, wat aan het zwijgzame gedrag van de bewuste persoon ten grondslag ligt, hoe dat gedrag, zo men dat nodig vindt, te kwalificeren, dat blijkt pas na langduriger contact.

Tegelijk verduidelijkt dit voorbeeld dat de constatering van de commissie niet kenmerkend is voor de bewuste problematiek. De grensvlak-opmerking, of liever dus: alertheid op wat uit de gehele range aan kwalificaties aan de orde is, geldt voor álles uit het menselijke motiveringsleven. Ook voor de “normale” artsenpraktijk. Ook daarom kan de grensvlakconstatering voor artsen geen excuus zijn wanneer zij het bewuste gebied vermijden. Net als bij de zwijgende persoon openbaart zich alleen in de individuele situatie zélf welke kwalificatie(s) aan de orde zijn. En dat pas na intensief contact. Iets dat natuurlijk niet manifest wordt wanneer artsen zich afzijdig houden van de bewuste problematiek.

6. Klarheid en lijden gaan hand in hand

Licht zou binnen arts-patiënt contacten de gedachte post kunnen vatten dat met een spectrum aan motieven resp. rechtvaardigingsgronden als in paragraaf 4 aangegeven, een afnemende mate van lijden gepaard zou gaan. Van a naar b naar c. En dat, parallel daaraan, het verlenen van hulp bij gewenste levensbeëindiging geleidelijk minder gelegitimeerd zou zijn. Naar ik meen zou dat echter niet terecht zijn. Het menselijke motiveringsleven is niet in modellen te vangen.

Ons motiveringsleven is niet eenduidig. In iedere situatie doen zich meerder facetten uit het aangegeven spectrum aan motieven voor. Zo ook wat betreft de eventuele kwalificaties ervan in termen van normaal-pathologisch-transcendent. Bovendien zijn dergelijke spectrumachtige modellen, zoals bij stervensbegeleiding, rouwverwerking, behandeling van posttraumatische stresssyndromen ook worden gehanteerd, eerder van procesmatige dan van statische aard. Zelden wordt klarheid met betrekking tot levensbeëindiging bereikt via zich keurig fasegewijs manifesterende stadia, gevoelens, overwegingen. Vaker verlopen afwegingsprocessen sprongsgewijs zowel als zich repeterend heen en weer. Als in een doolhof. Totdat zich, geholpen ook door de tijd (4), klarheid aandient Althans ideaaltypisch.

Welnu, ik meen dat iets soortgelijks geldt voor het bereiken van klarheid in de wens om zelf het leven te beëindigen. Die klarheid immers vindt haar grond in ernstig, niet op te heffen lijden. Ongeacht de onderliggende motieven en hun kwalificatie. Klarheid en lijden gaan hand in hand. Zodra, geholpen door de tijd, klarheid het geval is, is hulp gerechtvaardigd. Uiteraard vraagt hulp bij levensbeëindiging, vanwege de onomkeerbaarheid ervan, van hulpverleners de uiterste zorgvuldigheid. Verifiëring van die klarheid komt mij echter voor als zinvoller, meer cruciaal, dan verifiëring van het juist bij lijden aan het leven zo subjectieve lijden (5). Het accent op klarheid leggen doet hulpvragers meer recht. Het ontdoet het gesprek met de arts van het examenachtige karakter, dat het voor menig hulpvragers heeft. Het accent leggen op klarheid is bovendien congruent met de zorgvuldigheidseis uit de huidige euthanasiewetgeving, die stelt dat het moet gaan om een weloverwogen, vrijwillig gedaan verzoek. Al realiseer ik mij terdege dat diezelfde wetgeving van artsen verlangt het aangetroffen lijden te verantwoorden als ondraaglijk en uitzichtloos.

7. Zonder lijden geen hulp door artsen

Wat ons motiveringsleven betreft, ook in de “normale” geneeskundige praktijk is ons motiveringsleven, zoals gezegd, in haar volle breedte aan de orde. Bij arts zowel als patiënt. Zo ziet menigeen kunstmatige verlenging van het leven als pathologisch, als een te ver doorschieten in de taak van artsen het leven te behoeden. Corresponderend met ons maar al te vaak té intense hechten aan het leven. Of het transcendent gebied, in de zin van religieuze overtuiging, artsen motiveert, ik weet en denk: menigmaal van wel. Al kan het zijn dat juist dáár aarzelingen hun grond vinden. Aarzelingen van mogelijk zelfs onoverkomelijke aard (6).

Aarzelingen tot het verlenen van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging, bezien eens en vooral vanuit hun professie doen zich bij artsen, zoals bekend, ook ten principale voor. Dat wil niet zeggen dat artsen bij wie dat niet het geval is zonder meer hulp verlenen. Hun aarzelingen zijn lijden gerelateerd, dat wil zeggen: des te *sterker* naarmate er *minder* sprake is van, in hun ogen, lijden. Bondig gesteld: zonder lijden is, afgezien van het dan niet legale karakter van hun hulp, bij mijn weten geen arts bereid tot het verlenen van actieve hulp bij vrijwillige levensbeëindiging. Dit terwijl vrijwillige levensbeëindiging ook kan zijn ingegeven zónder

dat er sprake is van lijden als onderliggend motief. Zoals bij de categorie mensen, aangeduid met termen als “klaar met leven” resp. “voltooid leven”, het geval *kan* zijn.

Ook de Commissie Dijkhuis realiseert zich dit. De commissie merkt over deze categorie op (blz. 14) dat het hier doorgaans mensen betreft die “op rationele gronden (tot de conclusie zijn gekomen) dat geen (toegevoegde) waarde meer kan worden toegekend aan verder leven”...“Met deze neutraliteit, deze min of meer neutrale omschrijving”, aldus vervolgt de commissie, “wordt de indruk gewekt dat er in zo’n situatie, bij deze groep mensen geen sprake is van lijdensdruk, maar hoogstens van het ontbreken van uitzicht op iets positiefs om (nog) naar uit te kijken”.

8. Vreugdevolle motieven

Dat kan natuurlijk voorkomen, aldus vervolgt de commissie, al acht zij “het *niet waarschijnlijk dat (veel) mensen* in afwezigheid van lijdensdruk tot het formuleren van een doodswens komen”. Uit het door mij gecursiveerde blijkt dat de commissie er eigenlijk niet in gelooft dat vrijwillige levensbeëindiging zich ook zónder lijdensdruk kan voordoen.

Dit doet de werkelijkheid echter geen recht. Ook zonder lijdensdruk opteren mensen voor vrijwillige levensbeëindiging. Met name wanneer er sprake is van motieven die men schaaft onder wat wel “voltooid leven” wordt genoemd. Ik denk daarbij niet aan het “ontbreken van iets positiefs om naar uit te kijken”, iets dat in vaktermen “verlies aan zingeving/zinbeleving” heet, en doorgaans óók wordt gezien als een vorm van lijden. Waar ik op doel is op motieven van onzelfzuchtige, altruïstische aard (7). Het “gemeenschapstaak volbracht in combinatie met de samenleving, milieu en biosfeer niet langer te willen belasten” is een dergelijk motief. Archetypisch van aard, d.w.z. sinds mensenheugenis bekend en geaccepteerd. Een motivatie, weliswaar niet van religieuze aard, desalniettemin evenzeer transcendent, een motivatie dus waarbij lijden geen overwegende rol speelt. Veeleer is vreugde het geval (8).

Zoals ook wanneer de in paragraaf 3 besproken transcendente motieven aan de orde zijn.

Neemt niet weg dat ook in geval van *uitsluitend* een dergelijke onzelfzuchtige, niet aan lijden gerelateerde motivatie, hulp bij vrijwillige levensbeëindiging gelegitimeerd kan zijn. Sowieso, al staat de huidige wetgeving daarbij in de weg, maar zeker wanneer er sprake is van secundair lijden, d.w.z. lijden vanwege het niet in staat zijn tot waardige levensbeëindiging *zónder* hulp van derden. Al geldt ook daarvoor dat wetgeving en uitvoeringspraktijk dit niet ondersteunen.

8. Tot besluit: buddybenadering als alternatief

Veel bleef onbesproken (9). Aanvulling en voortzetting van dialoog zijn geboden. Ervaringsgericht onderzoek niet minder. Niet alleen gericht op de verschillende gedaanten en omvang waarmee pathologie zich in geval van lijden aan het leven toont, maar ook en met name op het volledige spectrum aan motieven.

Tot slot een suggestie. Een buddyachtige benadering van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging waar professionele hulp het laat afweten, lijkt mij het overwegen waard. Ik denk daarbij in het bijzonder aan de groep die ik korthedshalve zou willen omschrijven met de op het eerste gezicht wat minder respectvolle term “wanneer danners”. Het betreft hen die, zonder dat daar op het moment zelf reeds een aanleiding toe bestaat, sterk gemotiveerd zijn tot *te zijner tijd* vrijwillige levensbeëindiging. Daarbij bedoel ik met “te zijner tijd” *niet* Gods tijd, zoals oorspronkelijk met ‘zijn’ van ‘te zijner tijd’ bedoeld werd, maar de idealiter zelfverkozen tijd.

Praktisch gezien denk ik daarbij aan groepjes van vier, hooguit vijf gelijkgestemden, die bereid zijn om, als het moment daartoe voor een van hen is gekomen, als elkaars buddy op te treden. Die bereidheid zouden de leden, in de aanloopjaren naar een dergelijke effectuering toe, kunnen verwerven door het delen van de gronden voor elkaars “wanneer dan”, het delen van elkaars biografie, mogelijk zelfs nog menig jaar van dichtbij. Zodanig intensief dat hun hulp de kwaliteit krijgt van hulp door naasten. Immers degenen die uiterst dicht bij elkaar staan zijn het die bij uitstek tot het bieden van hulp aan elkaar zijn gelegitimeerd. Buddies zouden die naasten *kunnen* zijn. Voor een “té dicht bij”, en daarom *meegezogen* worden in ondoordachte wensen tot levensbeëindiging, ben ik niet bang (10). Voor een al te spoedige verdenking van *strafbare* hulp evenmin (11).

Maurik, mei 2007

Anthony Draaisma

(1) “Op zoek naar normen voor het handelen van artsen bij vragen om hulp bij levensbeëindiging in geval van lijden aan het leven”, Utrecht, december 2004.

(2) De commissie omschrijft lijden aan het leven als “lijden aan het vooruitzicht verder te moeten leven op een zodanige manier dat daarbij geen of slechts een gebrekkige kwaliteit van leven wordt ervaren, hetgeen aanleiding geeft tot een persisterend doodsverlangen, terwijl ter verklaring daarvan niet of niet in overwegende mate een somatische of psychische aandoening kan worden aangewezen (blz. 15)”. De aanduiding “klaar met leven” ervaart de commissie als, qua lijdensdruk, te neutraal.

(3) Zie daarover mijn “Over waardigheid en existentieel lijden” (2007) te vinden via www.yoga-intervision.com/pdf/over_waardigheid.pdf.

(4) Bij rouw, bij verwerking van posttraumatische stresssyndromen enz., slijt de tijd, voor zover zij werkt, de scherpte van de pijn (enigermate) af. Moe als men ook is van het zoeken van uitgangen uit de doolhof, al draagt dat zoeken aan de werking van de tijd ongetwijfeld bij. Het leven vraagt bovendien, hoe dan ook, tegelijk ook anders georiënteerde aandacht. Bij mensen die indringend overwegen hun leven vrijwillig te beëindigen werkt de tijd overigens eerder andersom, dat wil zeggen: bekrachtigend. Menigmaal verstevigt de tijd hun voornemen. Als zich dan een al dan niet bijkomend gevreesd motief daadwerkelijk aandient, of een reeds actueel motief qua gewicht zwaarder wordt, kan het zijn dat het complex aan motieven zich zodanig vervolledigt dat wat voordien nog slechts een voornemen, in de zin van “wanneer dan”, was, tot een “realisering zodra mogelijk” leidt.

(5) Ik wil daarmee niet zeggen dat objectivering van lijden geheel onmogelijk is, noch dat het zinloos zou zijn dat te proberen. Inderdaad worden de laatste decennia daartoe diverse pogingen gedaan. Nationaal zowel als internationaal. In het algemeen zijn hulpverleners alleen dan bereid tot hulp bij vrijwillige levensbeëindiging wanneer er in voldoende mate sprake is van “invoelbaarheid”. Dat wil zeggen: invoelbaarheid van het betreffende lijden en de daarmee verbonden stervenswens. Deze invoelbaarheid op haar beurt mag echter evenmin van louter subjectieve aard zijn. Vandaar de pogingen tot objectivering. En vandaar ook de eis uit de euthanasiewetgeving dat een tweede arts dient te worden geraadpleegd.

(6) Uiteraard speelt ook de beroepsopvatting van de arts hierbij een rol. Menig arts rekent het verlenen van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging niet tot het medisch-professionele domein. Zoals ook opgemerkt door de Commissie Dijkhuis. Niet alleen omdat de bewuste problematiek gesitueerd zou zijn op het grensvlak van normaliteit en pathologie zouden artsen gelegitimeerd zijn zich er afzijdig van te houden, maar ook vanwege hun specifieke beroepsopvatting. Voor de commissie zijn artsen alleen dan gelegitimeerd zich op het betrokken terrein te begeven wanneer zij dat terrein professioneel gezien tot hun taak rekenen. “Daar waar de arts zijn rol slechts kan invullen als iedere willekeurige “leek”, is de bij het handelen als arts behorende legitimiteit niet meer aanwezig”, aldus de commissie (blz. 43). Bovendien dient betrokken arts over de vereiste bekwaamheid te beschikken, gebaseerd op opleiding en ervaring. Kortom, de commissie laat artsen vrij ieder een eigen standpunt in te nemen resp. in de praktijk een eigen positie te bepalen. Hiermee onderstreept de commissie de huidige situatie: hulpverlening door artsen is en blijft afhankelijk van toeval en shoppen.

(7) Binnen de dialoog over de onderhavige materie dekt de term “voltooid leven” echter een ruimere, aan lijden gerelateerde lading. Als men bij deze ruime groep echter doorvraagt blijkt ten aanzien van het moment van effectuering in de meeste gevallen sprake te zijn van een “nu nog niet” resp. een “wanneer dan” (wanneer mij dat en dat overkomt of te wachten staat ... dan).

(8) Zie daarvoor o.a. “The Ballad of Narayama” (1983) en het commentaar daarop van de hand van Hans Lam in diens “Helpen bij sterven; euthanasie in verschillende samenlevingen”, Boom / Belvédère, Amsterdam / Overveen 1997, ISBN 90 5352 361 8. Voor wat mijn eigen positiebepaling betreft, zie onderstaande PS.

(9) Zo bleef verruiming van wettelijke mogelijkheden tot het verlenen van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging (hulp bij zelfdoding) door niet-artsen buiten beschouwing. Een dergelijke verruiming acht ik, mede gezien de beperkte mate waarin artsen deze hulp verlenen, wenselijk. Overigens pleit ik er voor om artsen zo min mogelijk met hulp bij zelfdoding te belasten. Mensen die hun leven vrijwillig wensen te beëindigen dienen daarvoor zélf verantwoordelijkheid te nemen. En wel door, voor zover dat binnen hun vermogen ligt, zélf de daarvoor noodzakelijke voorbereidingen te treffen resp. handelingen te verrichten. De ook in mijn ogen steeds wenselijke hulp daarbij heeft onder meer betrekking op verheldering van afwegingen resp. doorschouwing van de psychologische én sociale kanten ervan. Op de “klaarheid” - ook van een (nog) niet - waar ik in het voorgaande aan refereerde. Dat die hulp tevens gericht kan zijn op een menswaardige wijze van uitvoering, spreekt voor zich. Althans zo lang menswaardige wijzen van vrijwillige levensbeëindiging zo moeilijk bereikbaar blijven. Al ligt daarbij strafbaarheid op de loer. Steeds gaat het om hulp van zodanige veelzijdige aard dat deze leidt tot wat “een goede dood” wordt genoemd.

(10) Uiteraard dient dit alles, eerst als idee, nader uitgewerkt te worden. Zoals hoe de leden van de groepjes te werven, hoe, vanwege de vlottende samenstelling, de groepjes aan te vullen, waar de nodige expertise vandaan te halen, hoe deze over te dragen, hoe te vermijden dat al te gauw sprake is van *strafbare* hulp enz. enz. Of een dergelijk uitwerking kan plaats vinden vanuit de bestaande organisaties die voor verruiming van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging pleiten, valt te betwijfelen. Ook al betreuren deze organisaties de huidige medicalisering, toch lijken zij te kiezen voor hulp door professionals, waaronder medici. Bovendien willen zij niet onnodig aan maatschappelijk gezag inboeten respectievelijk zich nog kwetsbaarder opstellen dan zij reeds doen. Normverandering inzake strafbaarheid van hulp bij vrijwillige levensbeëindiging zal dan ook eerder vanuit burgerlijke ongehoorzaamheid door betrokkenen zelf, en hun omgeving, dan vanuit geïnstitutionaliseerde organisaties plaats vinden. Althans dat acht ik meer dan waarschijnlijk.

(11) In bovenstaande beschouwing zijn ontwikkelingen van na mei 2007 niet verdisconteerd. Daarbij valt te denken aan Boudewijn Chabot’s boek ‘Auto-euthanasie: verborgen stervenswegen in gesprek met naasten’ (Bert Bakker, Amsterdam 2007), de rechtszaak tegen Gerard Schellekens voor diens hulp bij zelfdoding in ‘de zaak Almelo’ (2009) enz. enz.

PS. Voor alle duidelijkheid: ikzelf zie zelfverkozen levensbeëindiging als meest ideale vorm van sterven. In overleg met je naasten, daarbij - zo zij dat willen - door hen vergezeld, onder vol bewustzijn zélf afstand doen van je leven, dat zélf mogen uitvoeren, zie ik als een geschenk. Palliatieve sedatie, de langdurige comateuze toestand waarin je op weg naar de dood terecht komt, wil ik graag vermijden. Zodra echter aan de orde, kan het zijn dat ik op deze visie terug kom, dan wel haar nader nuanceer.

bovenstaand essay is het tweede van een tweetal essays over vraagstukken rond het zelfverkozen levenseinde; voor “Over waardigheid en existentieel lijden” (2007) (het eerste essay) zie www.yoga-intervision.com/pdf/over_waardigheid.pdf

beide essays zijn mede gebaseerd op mijn ervaringen als vrijwilliger bij de NVVE alwaar ik enige jaren betrokken was bij het verwerken van leden enquetes

www.yoga-intervision.com