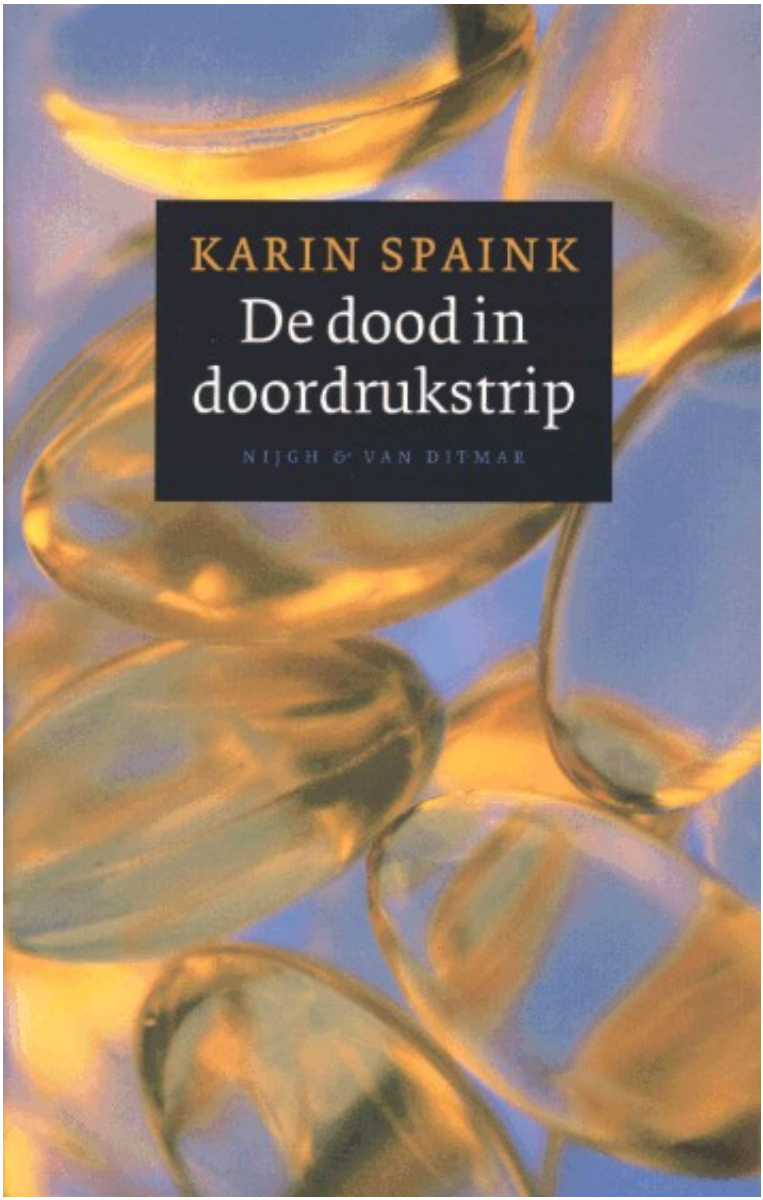
KARIN SPAINK
De dood in doordrukstrip
NIJGH & VAN DITMAR

De dood in doordrukstrip

Over dood, euthanasie
en zelfmoord

Karin Spaink

Karin Spaink © 2001
www.spaink.net - karin@spaink.net

Nijgh & Van Ditmar, Amsterdam 2001
Omslag: Marjo Starink
NUGI 320/661 - ISBN 90 388 7064 7

1e druk: november 2001
2e druk: maart 2002
PDF versie: juni 2010

Euthanasie is van alle tijden; alleen de discussie erover is eigentijds.

Ch.J. Enschedé, *Sterven en het recht*

Talk as long as language lasts, you cannot induce a man to kill himself. The man who takes his own life does not go to others to find reasons or excuses.

Robert Green Ingersoll, *Suicide and Sanity*, 1894

Inhoud

Valse voorstellingen..... 6
Wet en weten..... 29
'Gematst'.....52
Een later ik.....76
Dogma's.....83
Falend recht.....83
De grote leugen..... 92
Levensmoeheid en poortwachters.....100
De zachte zelfmoord.....119
Thisbe: informatie, internet en zelfmoord.....142
Statistiek en methodes.....164
Vork..... 180
Ontmoetingsplaatsen..... 198
Dood per creditcard.....206
Vesparax en Seconal..... 209
Depronal.....216
Potassiumchloride.....222
Nivaquine..... 224
Ik, zei de gek..... 229
Noten..... 246
Literatuur.....270
Web.....271
Dank en verantwoording..... 272

Valse voorstellingen

De natuurlijke dood is vrijwel uitgestorven.
Tegenwoordig overlijdt haast niemand nog doordat een ziekte zijn beloop heeft genomen. Bijna iedereen brengt zijn laatste weken, zo niet maanden, door onder de hoede van medici, die hun uiterste best doen om de greep die de ziekte op de zieke heeft, te verslappen en daarmee de dood uitstel te verlenen.

Dat was nog niet zo heel lang geleden anders. Du moment dat een arts niets meer tegen een ziekte kon uitrichten, zag hij af van verder ingrijpen. Je werd 'opgegeven' en kreeg hooguit versterkende middelen of pijnstillers, waarna de ziekte zonder al te veel tegenstand zijn moordend werk kon doen. Nog maar een eeuw geleden stierf bijna de helft van de bevolking zonder dat er in de laatste weken een arts aan hun bed kwam. Vandaag de dag staat ons een breed arsenaal aan medische technologie ter beschikking – van bloedtransfusies en operaties tot chemotherapie – om fatale ziektes tenminste voorlopig de kop in te drukken; en zelfs wanneer de dood onafwendbaar naderbij komt en cruciale lichamelijke functies gaan haperen, kan hij alsnog tijdelijk op afstand worden gehouden met beademingsapparatuur, hartbewaking, voedingsinfusen en reanimatie.

Een onbedoeld effect van al die kennis en technologie is dat de weg naar de dood geplaveid is geraakt met beslissingen. Sterven is tegenwoordig opgedeeld geraakt in handelingen die elk apart uitgevoerd of

nagelaten kunnen worden. Elke interventie die kan worden verricht, vergt uit de aard der zaak een nieuw besluit van zowel de arts als de patiënt: misschien nog een keer chemotherapie, wil je al dan niet die riskante operatie ondergaan, zullen we ja of nee de dosis opvoeren, misschien kunnen we nog… Zelfs het afzien van (verder) ingrijpen vereist een bewuste beslissing die besproken en toegelicht moet worden. Is het, in die context, niet logisch dat ook *doodgaan* een beslissing is geworden, een handeling waarover overeenstemming moet worden bereikt?

Waar critici het hellend vlak vrezen – de mogelijkheid dat de beslissing over iemands dood steeds minder voeten in aarde zal hebben of dat artsen die beslissing routinematig zullen nemen – meen ik dat het échte hellend vlak elders ligt, en er zelfs oorzaak van is dat euthanasie zo belangrijk is geworden. Medische kennis en technologie zijn dusdanig ver ontwikkeld en levens kunnen zo lang worden gerekt dat het tegenwoordig – enigszins cru gesteld – moeite kost om dood te gaan. Euthanasie is een antwoord op een doorgedraafde medische technologie.

Euthanasie los willen zien van medische vooruitgang en het vraagstuk beschouwen als een louter morele kwestie, levert een valse voorstelling van zaken op. Want euthanasie mag weliswaar al sinds mensenheugenis bestaan – zoals hoogleraar strafrecht Christiaan Enschedé in zijn opstellen over sterven en recht herhaaldelijk opmerkt: 'Euthanasie is van alle tijden; alleen de discussie erover is eigentijds'[1] – in de laatste decennia is er een nieuw en belangrijk element aan die discussie toegevoegd. De behoefte aan euthanasie en de mate waarin mensen op

die manier hun dood willen verzekeren en veilig stellen, houdt gelijke tred met de mate waarin het medisch vernuft zich ontwikkelt. Hoe meer wij het leven kunnen rekken, hoe groter de wens van mensen wordt om paal en perk te stellen aan wat ze nog willen doorstaan en kunnen accepteren, dat wil zeggen hoe belangrijker hun behoefte wordt om hun éigen grens te stellen, ongeacht wat de technologie nog vermag.

Euthanasie is de keerzijde van de medische vooruitgang. Het is de manier waarop patiënten technologie tegenstreven, de manier waarop ze het nodeloos verlengen van hun leven afweren en het hoofd bieden. De maatschappelijke vraag naar euthanasie is de prijs die de medische stand moet betalen voor zijn progressie.

Er zijn andere, meer psychologisch getinte redenen voor de opgang die euthanasie heeft gemaakt. Juist voor wie ernstig ziek is, vallen alle keuzes langzaam weg: op een zeker moment helpt er geen lieve moeder meer aan, de dood ligt in het verschiet. Voor wie zijn lichaam in korte tijd dramatisch ziet aftakelen en zichzelf in de greep van een fatale ziekte weet – een ziekte die hij niet beheersen kan, misschien ook niet helemaal begrijpt, en erger nog: waar niemand, ook de dokter niet, werkelijk iets tegen kan uitrichten – wordt zeggenschap over zijn eigen dood krijgen des te belangrijker. Dat lichaam gaat ondertussen onafwendbaar zijn eigen gang en sluit steeds meer mogelijkheden uit. Alleen op je dood kun je nog invloed hopen uit te oefenen, al was het maar door zelf een limiet te stellen aan pijn en lijden en zelf uit te maken wat je nog

wel en niet meer wilt verdragen. Een beslissing nemen hoe en wanneer je dood wilt (nu je dan toch moet), wordt de laatste verdedigingslinie tegen de algehele machteloosheid die ernstige ziekte omringt. De dood hoeft je niet te overvallen, al deed ziekte dat wel: je kunt je dood zelf bepalen en zelfs *organiseren*.

Euthanasie is tevens het antwoord par excellence op de zo vanzelfsprekende angst van mensen om alleen te moeten sterven. Veel mensen zijn bang in paniek te zullen raken als ze sterven en voelen zich aanzienlijk kalmer bij de gedachte dat hun geliefden erbij kunnen zijn. Door het tijdstip van overlijden te regelen heb je – anders dan bij een natuurlijke dood – ineens de zekerheid dat je intimi in de buurt zullen zijn en je kunnen bijstaan. Je kunt afscheid van elkaar nemen, een laatste woord wisselen; iemand kan je hand vasthouden terwijl je sterft, je kunt je laatste minuten delen. Je hoeft je dood niet in je eentje tegemoet te treden. De geruststelling die van die gedachte uitgaat, is immens.

♦

Nu mogen bovenstaande verklaringen stuk voor stuk waar en van groot belang zijn, in de praktijk gaat het er vaak anders aan toe. Door alle discussies en publicaties over euthanasie is er inmiddels een beeld ontstaan dat bezijden de waarheid ligt: een geflatteerd en vertekend beeld.

Veel mensen zijn ervan overtuigd geraakt dat, wanneer ze eenmaal ernstig ziek zijn, het volstaat om een euthanasieverklaring te hebben klaarliggen en de kwestie op voorhand met hun behandelend arts te bespreken. 'Ja,'

zegt de arts meestal tijdens zo'n gesprek, 'als jij erom vraagt, en ik zeker weet dat je het echt wilt, dan krijg je euthanasie.' (Een wonderlijk taalgebruik overigens, euthanasie *krijgen*. Alsof het een pil is, een cadeautje; iets wat van hand tot hand kan gaan.) Je bent gerustgesteld: je rekent erop dat je wens op het moment dat jij eraan toe bent, ingewilligd zal worden.

Maar op het moment dat je daadwerkelijk zover bent en zegt dat het je tijd is, dat je nu heus dood wilt, beginnen de feitelijke besprekingen pas écht. Al het voorgaande – je getekende codicil, de belofte van de arts om te zijner tijd euthanasie te verrichten, je eigen gepieker en je beraadslagingen met geliefden en familie – blijkt slechts voorbereidend werk te zijn geweest. De officiële procedure kan pas na iemands formele verzoek tot euthanasie in gang worden gezet[2] en heeft nogal wat voeten in aarde:

- De arts dient zich ervan te vergewissen dat het je ernst is: dat je wens doordacht, expliciet en consistent is. Hij moet daartoe met je praten en kijken hoe het met je geestesgesteldheid is.
- De arts moet daarna persoonlijk vaststellen dat je inderdaad in een situatie van 'uitzichtloos en ondraaglijk lijden' verkeert. Hij moet daarbij onder meer nagaan of het misschien vooral de pijn is waar je niet meer tegen kunt en of je doodswens ook blijft bestaan als je meer, of betere, pijnstillers zou krijgen. Hij dient tevens na te gaan of je wens vrijwillig is, dat wil zeggen, of die niet onder druk van anderen tot stand is gekomen. Hij moet

kortom zowel een medisch als een sociaal onderzoek doen.

- De arts moet dan, als hij je verlangen gerechtvaardigd en overtuigend acht, een collega vragen – iemand die niet eerder bij de behandeling is betrokken – om met je te gaan praten en je dossier te bestuderen: de wet stelt immers dat er een 'second opinion' aan te pas moet komen. Deze tweede arts moet tot dezelfde conclusie komen als de eerste. Zo niet, dan moet de behandelend arts een derde arts raadplegen.
- De behandelend arts moet vervolgens een gesprek met je hebben over de praktische aspecten van je euthanasie: wil je een variant waarbij je binnen het halfuur weg bent, of wil je langzamer wegzakken; heb je liever een infuus of een drankje; wie wil je erbij hebben en wie niet? Hij moet je tevens duidelijk maken dat je op elk moment in de procedure je besluit kunt herroepen of de procedure kunt uitstellen.
- De arts zelf moet uiteraard geen gewetensbezwaren hebben en moet zich met je beslissing kunnen verenigen. Heeft hij wél bezwaren of reserves, dan is hij echter niet verplicht je door te verwijzen naar een andere arts.

Pas als al deze fasen met goed gevolg zijn doorlopen en gedocumenteerd, kan er een tijdstip worden afgesproken. Bij het vaststellen daarvan kan alsnog vertraging ontstaan: de familie en andere intimi moeten worden vergaard, en de arts moet ruim tijd kunnen vrij maken, ook al omdat hij

na afloop nog allerlei papieren dient in te vullen en de schouwarts moet inlichten.[3]

Het netto effect van deze procedure is dat tussen een verzoek tot euthanasie en de daadwerkelijke uitvoering ervan gewoonlijk twee tot vier dagen verstrijken (in een ziekenhuis neemt de procedure overigens meestal meer tijd in beslag dan thuis, wanneer het verzoek via de huisarts loopt). Het tragische is dat veel mensen ondertussen zijn gaan geloven dat, na al hun eerdere voorbereidingen, een expliciet verzoek hunnerzijds volstaat en vrijwel onmiddellijk gehonoreerd zal worden, zeker wanneer duidelijk is dat ze ook zonder euthanasie op korte termijn zullen sterven. Ze zijn simpelweg nooit deugdelijk ingelicht dat er na hun verzoek nog een hele procedure moet worden doorlopen.

♦

De schoonmoeder van een kennis had longkanker met tal van uitzaaiingen. Maaike, de schoonmoeder, lag al weken in het ziekenhuis. Het was een hopeloze toestand: longkanker kan überhaupt slecht behandeld worden, en de kanker zat inmiddels al op veel plaatsen in haar lichaam. De familie had onderling uitgebreid over euthanasie gesproken en Maaike had op voorhand afspraken met de artsen gemaakt. Er was grote opluchting – en zelfs een zekere trots – dat ze dát gedeelte van alle ellende en verdriet onder ogen had gezien en zo goed en kwaad als mogelijk had geregeld.

Op een vrijdagmiddag wilde Maaike niet meer. De combinatie van de pijn en haar slechte vooruitzichten

maakte dat ze de moed opgaf: ze had steeds minder goede momenten, de pijn werd erger, de morfine maakte haar suf. Ze vertelde haar dochter dat het welletjes was. Ze kon niet meer, en bovendien wilde ze liever helder afscheid nemen. Moeder en dochter spraken wat over Maaikes beslissing. Toen de dochter zich ervan had vergewist dat het haar moeder ernst was, zocht ze iemand van de verpleging op, haalde er een arts bij, en vertelde hun dat Maaike zover was.

Tot ontsteltenis van Maaike en haar familie bleek toen ineens dat het nog dagen zou duren voordat Maaikes verzoek kon worden ingewilligd: overleg zus, consultatie zo, dossier dat, en bovendien was het al bijna weekend en had de arts die de second opinion moest doen, dan geen dienst. De familie legde zich spartelend bij het uitstel neer. Wat moesten ze anders? Ze konden Maaike toch moeilijk zelf doodmaken?

Gedurende het weekend raakte Maaike gaandeweg minder aanspreekbaar en kreeg ze steeds meer pijn, zodat ze steeds meer morfine nodig had. De familie was verbijsterd. Het was toch afgesproken dat Maaike euthanasie zou krijgen als ze zover was? Waarom moest ze nu alsnog langer lijden dan ze zei aan te kunnen? Er was Maaike toch beloofd dat ze niet suf hoefde te raken? In de loop van de maandag daarop gleed Maaike op de golven van de morfine weg. Ze stierf een 'natuurlijke dood', zoals het heet wanneer de morfine je langzaam teveel wordt. Van euthanasie was het simpelweg niet meer gekomen.

De familie was woedend over wat hun een plotseling ingelaste procedure toescheen, een onterecht en onheus uitstel. Maaike had toch immers al gezegd dat haar

situatie uitzichtloos was en dat ze er niet meer tegen kon? Wat viel daar nog over te spreken? Vormde juist zo'n besluit niet de grondslag van euthanasie? En er wáren toch al afspraken gemaakt? Waarom moest nu de hele santenkraam opnieuw worden doorlopen?

Nu wil ik graag aannemen dat er onderhuids iets anders speelde. De woede over die onverwachte procedure fungeerde voor de familie waarschijnlijk tevens als bliksemafleider. Dit was tenminste – anders dan de dood zelf – een tastbaar en verwijtbaar onrecht waar je authentiek boos over kon worden en waar je tegen kon argumenteren. Of waar je tegen kon schoppen, desnoods. Het is immers zoveel makkelijker om kwaad te worden op hoe het ziekenhuis omging met Maaikes uitdrukkelijke verzoek om te mogen sterven, dan op het naakte feit dat ze dood ging. Aan dat laatste viel immers niets meer aan te doen, Maaike was ten dode opgeschreven, dat wisten ze drommels goed. Boos worden over de procedure kan dan een uitlaatklep zijn.

Maar waar Maaike en haar familie absoluut gelijk in hadden, was dat niemand hun ooit duidelijk had gemaakt dat Maaikes woord niet genoeg zou zijn. Ze waren nooit fatsoenlijk ingelicht over de hoeveelheid afwegingen en beoordelingen die er nog aan te pas moesten komen, buiten en pas na die van Maaike zelf.

Er zijn extremer voorbeelden. Robert Pool, een medisch antropoloog, heeft anderhalf jaar in een ziekenhuis gebivakkeerd en daar alle verzoeken en discussies met betrekking tot euthanasie geregistreerd.[4] Uit zijn onderzoek blijkt onder meer hoezeer mensen ervan overtuigd zijn geraakt dat hun eigen beslissing

doorslaggevend is en als het ware meteen verzilverd kan worden. Pool citeert een wanhopige man, meneer Bauer, die net als Maaike uitgezaaide longkanker had. Meneer Bauer wilde vrij plotseling niet meer verder en vertelde dat zijn arts:

> 'Ik wil niet meer, ik wil gewoon euthanasie. Ik heb het met mijn vrouw besproken en zij is het ermee eens.'
> 'Wanneer heeft u dat met haar besproken?'
> 'We bespreken het al jaren, en we hebben precies afgesproken wat er moet gebeuren. We zijn ook lid van de vereniging.'
> 'De euthanasievereniging? Heeft u ook een euthanasieverklaring?'
> 'Ja, die ligt thuis.' […]
> 'Kunt u dan vragen of uw vrouw die meeneemt? Want euthanasie gaat niet zomaar. Dat moet eerst goed besproken worden.' […]
> 'Wanneer krijg ik mijn spuit?'
> 'Eh, de huisarts komt morgenmiddag [met u praten].'
> 'Morgenmiddag? Ik heb pijn, ik voel me beroerd. Ik kan niet wachten tot morgenmiddag. Ik wil nu een spuit. […] Ik ben lid van de vereniging. Ik ga ze bellen en dan komen zij gelijk langs met een spuit. Ik heb een euthanasieverklaring, daar heb ik voor getekend.'[5]

Meneer Bauer heeft vooral een principebesluit meegedeeld: ik wil het en dan moet het ook gelijk, anders bel ik de vereniging, en dan doen zij het wel voor me. Hij klinkt vreselijk naïef en paniekerig en weet zich geen raad als hij ontdekt dat zijn verzoek meer voeten in aarde heeft dan hij verwachtte.

De grote schok voor veel mensen – en dat is de gemeenschappelijke deler in het verhaal van Maaike en van meneer Bauer, hoe verschillend hun ervaringen verder ook zijn – is dat euthanasie in de praktijk niet blijkt te zijn wat je dacht dat het was, namelijk dood mogen gaan wanneer jij dat wilt. Want áls je er eenmaal toe besloten hebt, moet er ineens op allerlei niveaus overleg over je worden gevoerd, en ondanks je eigen besluit moet je maar afwachten wat de artsen ervan vinden. Het concept van zelfbeschikking, een belangrijke pijler onder euthanasie, is vals. Over euthanasie kun je nooit alleen besluiten. De zaken anders voorstellen zorgt alleen maar voor veel teleurstelling, frustratie, woede en verdriet.

♦

Een ander onderschat probleem, en waarschijnlijk speelde ook dat bij meneer Bauer, is dit: wat nu als je juist euthanasie wilt om al te erge pijn en ellende te voorkómen en die op voorhand de pas af te snijden? De wet zegt dat de behandelend arts moet vaststellen of je je in een situatie van uitzichtloos en ondraaglijk lijden bevindt. Nu lijkt 'uitzichtloos' redelijk goed te definiëren en te objectiveren – het betreft hier immers een medisch oordeel: is er genezing of verbetering mogelijk? –, maar dat is schijn. Er zijn nogal wat artsen die 'uitzichtloos' rechtstreeks relateren aan de vraag of iemand zich in de terminale fase bevindt, ook al heeft zo'n criterium nimmer in de vereisten gestaan. Deze strikte interpretatie van 'uitzichtloosheid' is de akelige erfenis van Ernst Hirsch Ballin, die als minister van Justitie in 1993 en 1994 een kruistocht hield om de

grondslag voor legale euthanasie te vernauwen. Onder zijn bewind werden plots artsen vervolgd voor zaken die voordien werden geaccepteerd, en werd in de vragenlijst voor de meldingsprocedure gesuggereerd dat euthanasie slechts dan getolereerd werd indien de patiënt al terminaal was.[6]

Het begrip 'ondraaglijk' is nog heikeler. Die term is vrijwel niet te toetsen: wat voor de een draaglijk is, is voor de ander een regelrechte hel. Zoals de rechtbank in Haarlem in een euthanasiezaak vaststelde: 'De ondraaglijkheid van het lijden is, in tegenstelling tot de uitzichtloosheid ervan, een in hoge mate subjectief en moeilijk te objectiveren belevingsgevoel, dat persoonsgebonden aspecten en situationele factoren heeft. Dat betekent dat de rechtbank slechts in beperkte mate kan toetsen of [de arts] in redelijkheid tot het oordeel kon komen dat er sprake was van ondraaglijk lijden.'[7]

Curieuze inschattingen spelen voorts een rol bij het bepalen van wat als draaglijk en ondraaglijk wordt aangemerkt. Als iemands leven toch al als 'bijna af' wordt beschouwd, lijkt het verhoudingsgewijs makkelijker te zijn om iets als ondraaglijk lijden te bestempelen, dan wanneer het jongere mensen en stabiele ziektes of handicaps betreft. In de woorden van medisch ethicus Heleen Dupuis: 'Die ondraaglijkheid is zo raar gedefinieerd. Als iemand van vijfennegentig met z'n longontsteking wat subcomateus ligt weg te suffen, is iedereen het er onmiddellijk over eens dat dit werkelijk ondraaglijk lijden is, maar je kunt je in gemoede afvragen of dat daadwerkelijk het geval is. Tegelijkertijd zijn we bij een jong iemand die geheel verlamd is, bijvoorbeeld door een

hoge dwarslaesie, níet geneigd om die situatie als ondraaglijk lijden te bestempelen. En waarom niet? Zuiver omdat zo'n verlamming niets met sterven te maken heeft."[8]

Bovendien is het begrip 'ondraaglijk' gebaseerd op de tegenwoordige tijd, niet op de (nabije) toekomst. Je moet als het ware al midden in het lijden zitten; de vraag is alleen hoe diep je al bent gegaan en hoeveel meer je nog denkt te kunnen verdragen.

Daar nu schuilt een lastig en pijnlijk conflict. Een voorzichtige interpretatie van de wet vergt dat je op het moment van het verzoek al ondraaglijk moet lijden, terwijl nogal wat ernstig zieken juist euthanasie willen om te *vermijden* dat ze in die situatie van ondraaglijk lijden komen te verkeren. Een behoudende lezing van de wet sluit het voorkomen van lijden in de nabije toekomst uit.

Cru gezegd: je moet hier en nu al veel pijn hebben, wil je verdere pijn mogen voorkomen. Maar waar ligt dan de grens? Wiens oordeel over de draaglijkheid van pijn is doorslaggevend, dat van de arts of dat van de patiënt? Waarom kan de wetenschap dat heftige pijn nabij is, niet óók als ondraaglijk lijden gelden? Is het niet zo dat alle betrokkenen, arts en patiënt, in veel gevallen allang weten dat het lijden van de patiënt alleen maar kan toenemen en dat de dood sowieso in het verschiet ligt? Maakt dat die pijn niet per definitie gemeen, zinloos en overbodig – kortom: ondraaglijk – zodra de patiënt hem niet meer wíl verdragen? Waarom moet iemand eerst fysiek het eind van zijn Latijn naderen, wil zijn mentale lijden mogen worden meegewogen?

De term 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' is een monstrum, al was het maar omdat hij vanuit verschillende,

niet per se samenhangende posities beoordeeld moet worden: enerzijds die van degene die lijdt of zal gaan lijden en die zowel de draaglijkheid als zijn perspectief subjectief ondergaat, en anderzijds die van de arts en de consulterend arts, die vooral een objectieve maatstaf zullen proberen aan te leggen. Er zit voorts een christelijke component in de terminologie die me niet bevalt: een taalgebruik dat suggereert dat lijden zinvol kan zijn, kan louteren wellicht, terwijl ik ernstig vermoed dat het enige 'doel' dat pijn ooit kan hebben in geval van een fatale ziekte, is dat hij de zieke verzoent met zijn nakend einde en hem doet verlangen naar de dood.

♦

Rationaliteit, taal en cultuurverschillen zijn ook al zulke struikelblokken, en worden amper onderkend als valkuil. Euthanasie wordt geacht geen rangen of standen te kennen, maar dat is simpelweg niet waar. Uit onderzoek blijkt dat euthanasie en hulp bij zelfdoding vaker verleend worden aan mensen met een goede opleiding.[9] Een verklaring voor dit verschijnsel ontbreekt vooralsnog. Helpt het om welbespraakt te zijn wanneer je euthanasie wilt? Kan een arts (die uit de aard der zaak zelf eveneens een hogere opleiding achter de rug heeft) zich misschien makkelijker verplaatsen in wat ontluistering en lijden voor een goed opgeleide patiënt moet betekenen? Zijn hoger opgeleide mensen wellicht beter toegerust om hun wens om te mogen sterven rustig en weloverwogen uiteen te zetten? Doen ze dat bijvoorbeeld rationeler, of zijn ze

beter in het overreden van de arts? Is het misschien een kwestie van dezelfde 'taal' spreken als de arts?

Het is trouwens opmerkelijk hoe vaak mensen tegenwoordig uit eigen beweging termen als 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' gebruiken als ze hun gezondheidstoestand ten overstaan van een arts moeten beschrijven. Het zijn codewoorden geworden, de mantra's van de dood op verzoek. Iedereen weet ondertussen dat het in de beoordeling van je stervensverzoek om die twee kernbegrippen draait, en als je ze nu maar veel laat vallen, stijgen je kansen vast, is de veronderstelling. (Net zoals het mantra 'duurzaam ontwricht' jarenlang gebruikt werd door al wie een echtscheiding aanvroeg. Niet dat het ooit 'ontwricht' voelde als een relatie kapot was, maar juridisch was het wel de meest effectieve term om een huwelijk waar je uit wilde stappen, mee te beschrijven.) Mensen beginnen hun verhaal aan te passen aan wat de artsen moeten horen, in de hoop daardoor kansrijker te zijn. Ook voor artsen zijn het toverwoorden geworden: ze strooien de termen royaal in hun meldingsformulieren, en hopen zo de bescherming van de wet over zich af te roepen. Over een paar jaar zijn 'uitzichtloos' en 'ondraaglijk' clichés geworden en verhullen ze de werkelijkheid meer dan dat ze die blootleggen.

Achter deze kwesties ligt een nog lastiger probleem verscholen. Euthanasie bespreken veronderstelt een mate van rationaliteit en standvastigheid die zich soms slecht verhoudt tot de werkelijkheid. Wie wil er nu écht dood? Liever was je gewoon niet doodziek… Het is vaak meer een vlottende afweging dan een rotsvaste overtuiging. De ene dag besluit je dat het je nu echt teveel wordt; je maakt

je beslissing kenbaar, maar moet helaas wachten tot de procedure daarmee in de pas loopt. Dan blijk je, tegen je verwachting in, over dat wachten niettemin opgelucht te zijn. Moet je dat dan zeggen? Je riskeert daarmee dat de procedure wordt opgeschort of afgeblazen. Wie calculerend is in zijn gesprekken met artsen en zijn opinies doseert,[10] heeft een betere kans hulp bij zijn sterven te krijgen dan wie dergelijke ambivalenties in alle openhartigheid en onschuld opbiecht. Maar mij zou zo'n gebrek aan ambivalentie juist bevreemden.

Daarnaast vergen gesprekken over euthanasie dat mensen openlijk kúnnen spreken en afzien van verhullend taalgebruik. Niet iedereen kan zo'n gesprek aan. Sommige mensen zijn er fysiek of psychisch te slecht aan toe om hun wensen helder kenbaar te maken. Voor anderen is het zelfs een zonde om te zeggen dat ze dood willen. Vooral oudere en religieuze mensen hebben regelmatig moeite met die directheid en gebruiken verbloemende termen, of slikken – een gevolg van een groter ontzag voor autoriteit? – hun wens pardoes in als de arts bij de eerste verkenningen hun verzoek niet serieus genoeg opvat. Neem dit fragment uit de observaties van Robert Pool over mevrouw Jonas, die darmkanker heeft (de cursiveringen zijn van mij):

> [Pool, in gesprek met de behandelend arts:] 'Heeft ze het over euthanasie gehad?'
>
> [Arts:] 'Nee. *Misschien wel tussen de regels door*, maar zeker niet expliciet. En zij is degene die dat moet aangeven. Wij kunnen haar niet die kant opsturen. *Ze zegt wel 's nachts tegen haar man dat ze niet meer wil*, dat ze zo moe is en niet meer kan.'

[Mevrouw Jonas, een paar dagen later tegen diezelfde arts; ze is nu ernstig ziek, kan niet meer eten en drinken en er zijn meer uitzaaiingen geconstateerd:] 'Wat ik nu wil weten is wat er nog verder kan gebeuren. Ik wil weten hoe het gaat aflopen… *ik wil dat het zo snel mogelijk afloopt*.'

[Arts:] 'Hoe bedoelt u?'

[Mevrouw Jonas:] '*Ik bedoel dat ik zo snel mogelijk dood wil… het liefst wil ik een spuitje*.'

[Arts:] 'Heeft u veel pijn?'

[Mevrouw Jonas:] 'Nee, veel pijn niet… Ik ben moe van alles, en deze uitslag heeft dat versterkt.' [Ze wijst naar haar man:] 'We hebben het samen besproken. *Hij is het ermee eens. Ik wil op een redelijke manier sterven*… ik wil niet uitmergelen.' (..)

[Arts:] 'Als u uw leven op een andere manier wilt beëindigen dan is dat hier bespreekbaar. Maar dan moet u dat eerst met iedereen goed bespreken.'

[Mevrouw Jonas:] 'Dat heb ik al met mijn man besproken… Ik wil dáár niet met de kinderen over praten… ik kán er niet met ze over praten… Ik weet niet of het kan, of het mag.' [Na een lange stilte:] 'Ik hoop eigenlijk dat God mij gewoon wegneemt.'

[De arts, iets later tegen Pool in een nabespreking:] 'Mevrouw Jonas begon zelf over euthanasie, maar draaide als het ware weer weg van het onderwerp toen bleek dat het bespreekbaar was. Het was kennelijk erg bedreigend voor haar. Ik denk omdat ze dacht dat haar kinderen er absoluut tegen zouden zijn.'[11]

Zie wat hier gebeurt: mevrouw Jonas herhaalt uitentreuren dat ze snel dood wil en begint zelfs over het legendarische 'spuitje'. De arts, die eerder tegen Pool heeft verklaard dat mevrouw Jonas alleen hints geeft en dat zij er beslist eerst zelf over moet beginnen, wimpelt haar bijzonder expliciete

verzoek vervolgens af met de opmerking dat ze dat eerst goed met anderen moet bespreken. *Maar dat probeerde ze nu juist te doen*, met hém namelijk, en ze wees hem er daarnaast op dat ze allang overleg had gevoerd met haar echtgenoot. Mogelijk vreesde mevrouw Jonas verzet van de kinderen, maar opmerkelijker is de weerstand van de arts zelf, die niet uitzoekt of dat conflict met de kinderen oplosbaar is en voorts totaal niet ingaat op de wens van mevrouw Jonas om snel te mogen sterven. Door haar op de procedure te wijzen omzeilt hij het feitelijke gesprek. In een nabespreking bevestigt de arts tegenover Pool dat hij haar verzoek niet serieus nam: ze 'draaide als het ware weg van het onderwerp', meent hij, niet ziend hoe hijzelf mevrouw Jonas bot had laten vangen.

Mevrouw Jonas spreekt daarna niet meer over euthanasie. Vermoedelijk is ze dat als nutteloos gaan beschouwen, aangezien haar eerdere opmerkingen tegen de verpleging door de arts niet als verzoek werden gezien en haar poging er rechtstreeks met hem over te spreken is gestrand. Ze herziet haar strategie en gaat over op daden. Ze laat vlak na dit non-gesprek haar voedingsinfuus stopzetten en weigert tevens alle medicatie (op pijnstillers na); een paar dagen later wil ze ook haar vochtinfuus niet meer. En nóg blijft de arts volhouden dat ze geen 'echt' teken geeft euthanasie te willen, begint hij geen gesprek met haar en beperkt hij zijn beleid tot pijnbestrijding. Het duurt tien dagen voordat mevrouw Jonas sterft. Uitgemergeld.

Deze arts wachtte op de magische woorden: 'Ik wil euthanasie.' Al het andere verstond hij niet. Ook het omgekeerde gebeurt natuurlijk, dat een patiënt uitermate

helder is over zijn wensen en de arts zich in geheimtaal hult. Of zich verstopt achter jargon. Neem de stekelige passage van Ronald Giphart over de onhandige en formele manier waarop de huisarts de euthanasie van zijn moeder voor het eerst in praktische termen bespreekt: 'Phileine en ik gingen op het bed van mijn moeder zitten en de artsen pakten stoelen. [De huisarts] keek serieus, hij had een praatje voorbereid en had nog net geen overheadprojector bij zich.'[12] Voor zulke dingen hebben artsen duidelijk niet doorgeleerd. (Een paar dagen later echter weet mams dezelfde huisarts, die haar vlak voordat hij de euthanasie uitvoert een gedichtje wil voorlezen, ertoe te bewegen dat gedicht hardop voor haar te zingen. De huisarts was licht gegeneerd, maar deed het. Waarvoor hulde.)

♦

Waarom artsen voorzichtig reageren, spreekt voor zich. Zij zijn het immers die gevaar lopen en een berisping, schorsing of zelfs een rechtszaak riskeren. Van hen uit bezien ligt de kwestie heel anders dan voor de patiënt: zo'n eerdere toezegging is voor de arts vooral een principebesluit, een uitgesproken belofte om zijn patiënt later niet in de steek te laten. Maar zodra die patiënt er niet langer in algemene termen over spreekt en metterdaad om levensbeëindiging vraagt, staat er voor artsen veel op het spel. Zij hebben iemands leven in handen en zij moeten in laatste instantie iemand doodmaken, wat beslist geen sinecure is.

Je mag nimmer van artsen verwachten dat ze euthanasie op bestelling leveren. Zij hebben een eigen

oordeel te vellen (want zij moeten het uitvoeren), net zoals alleen jijzelf kunt oordelen of je verder wilt leven of niet (want jij moet dat leven leiden).

De morele en juridische verantwoordelijkheid voor een goede beoordeling van een euthanasieverzoek ligt echter exclusief op hun schouders, en artsen dienen zich daartoe van geval tot geval terdege af te vragen of ze die last ook daadwerkelijk op zich willen nemen. Ze moeten zichzelf in laatste instantie immers zowel tegenover hun geweten, hun collega's als tegenover het Openbaar Ministerie kunnen verantwoorden. Het enige houvast dat ze daarbij hebben, is hun eigen stappen nauwgezet te toetsen aan de richtlijnen die in jurisprudentie zijn ontwikkeld en die door artsenorganisaties zijn beschreven.

Het systematisch en zorgvuldig doorlopen van de procedure heeft voor artsen ook een meer persoonlijk nut. Door met de patiënt en met de verpleging te praten, door een collega te raadplegen, door het verzoek op alle mogelijke manieren tegen het licht te houden en het naast de officiële richtlijnen te leggen, maakt de arts zich langzaam vertrouwd met de gedachte dat hij binnenkort iemands leven zal beëindigen en tracht hij daarmee in het reine te komen. Zich in het verzoek verdiepen is voor de arts een manier om zich gaandeweg te verzoenen met iets wat hem zwaar valt. En artsen verzetten zich er begrijpelijkerwijs tegen om als een simpele uitvoerder van andermans wil te worden gezien, als iemand die op afroep zou moeten opdraven. '[Euthanasie uitvoeren] is een proces dat langzaam moet groeien. Ik heb het er zelf ook emotioneel moeilijk mee, ik moet er ook naartoe groeien,' zegt een van de artsen in Pools boek. Een ander, die moest

invallen voor een arts die op vakantie was, weigerde mee te werken aan een euthanasieverzoek dat juist in die periode acuut werd, hoofdzakelijk omdat hij zich niet had kunnen voorbereiden: 'Ik kan me voorstellen dat [de patiënte] dan vraagt of iemand haar [via euthanasie] helpt. Dat wíl ik ook wel, maar ik moet wel in het hele proces opgenomen worden.' Ook een second opinion geven valt niet altijd mee, al hoef je als geconsulteerde arts de euthanasie niet zelf te verrichten: 'Het is een pokkebaan. Ik doe het wel eens voor [collega's] hier in het ziekenhuis, en laatst heb ik gezegd: "vraag nu eens een ander", want je kent de patiënt helemaal niet... En wie ben ik om binnen te komen bij iemand die te kennen heeft gegeven niet verder te willen, om vervolgens over de legitimiteit van die wens te oordelen?'[13]

De vraag of hij euthanasie wil uitvoeren, is voor de arts een gecompliceerde afweging binnen een conflict, namelijk tussen zijn mededogen enerzijds (hij begrijpt heel goed dat het einde in zicht raakt, of dat de patiënt de ellende niet meer kan verdragen), en zijn noodzaak tot zelfbescherming anderzijds. Hij moet niet alleen uitmaken of dat wat hij doet de instemming van vakgenoten en het Openbaar Ministerie kan wegdragen dan wel of hij de situatie ernstig genoeg vindt om tuchtrecht en justitie te trotseren, maar hij moet ook zorgen zelf geen wroeging te krijgen over te laat of te vroeg ingrijpen. Het is een serieus gewetensconflict, een ruzie tussen mededogen en moraal. De procedure stroomlijnt die afwegingen en bedt het conflict in.

♦

Tenslotte is er een vals, want te mooi beeld ontstaan van doodgaan door euthanasie: levensbeëindiging heeft een kitschkant gekregen. Wie aan euthanasie denkt, krijgt prompt zo'n schilderij van Caravaggio voor ogen, of moderner, de foto van de stervende aidspatiënt waarmee Benetton in 1992 furore maakte. Waar we aan denken bij euthanasie, is dit:

Een kamer in schemer gedompeld. Een groep getrouwen staat rond een bed geschaard. In hun midden ligt een enigszins uitgeteerde zieke die, met een verstilde lach op het gelaat en de blik al half op de verte gericht, zijn hand in die van een van de aanwezigen laat rusten. Een kaars of lamp legt een gouden glans over alle gezichten. Het lijkt warempel of het licht van de stervende zelf afstraalt en hij de bron ervan is. Er klinkt vermoedelijk stemmige muziek. Iemand pinkt een traan weg. Dan heft de stervende krachteloos de hand, slaat de ogen nog eenmaal op, hij zucht… de hand valt terug op de dekens… langzaam glipt de zieke weg.

Een poëtisch beeld, maar het is vals. Het kan heel mooi zijn, maar euthanasie is niet altijd zo plechtig en sereen. In ziekenhuizen heb je akelig licht en de etenskarren komen voorbij bonken terwijl jij je laatste woorden tegen je stervende moeder wilt stamelen. De zieke reutelt, schokt, hoest en plast in z'n bed. Soms wordt iemand blauw in het gezicht. Het bloedvat waarin geïnjecteerd zou worden, wil onverwacht niet meewerken en opeens volgt er een kwartier lang gewroet of moeten er met spoed andere artsen opgepiept worden. De adem van de stervende stokt, blijft een minuut weg en komt dan

raspend op gang, en elke keer schrikken de aanwezigen zich het lazarus als het ademen weer begint. De kamer stinkt vaak naar medicijnen, pus en ontlasting. Het doodgaan duurt soms veel langer dan voorzien: na een uur is iemand dan nog niet weg en volgen er verhitte fluisterdiscussies of de arts niet nog iets extra's moet inspuiten, en je kunt moeilijk al die tijd afscheid blijven nemen en bemoedigende laatste zinnen voor de stervende bedenken. Of er zit een hysterisch familielid bij dat om de haverklap gekalmeerd moet worden. De familie sist tegen elkaar en vecht oude vetes uit, of maakt ruzie omdat neef Pieter toch verdorie beter had moeten weten dan nu hier zijn opwachting te maken. Een onwillige zoon bromt uit lafheid dat het allemaal te lang duurt en dat-ie eigenlijk naar een vergadering moet, waarna de immens verdrietige vader in machteloos huilen uitbarst en een tweede zoon zich moet verbijten om de eerste niet op de bek te slaan.

Zelf doe ik ook aan stervenskitsch, daar niet van. Ik ben van hetzelfde laken een pak, met als enige verschil dat ik mijn dood als zelfmoord situeer. 'Als mijn armen en ogen te weinig kunnen, als ik niet meer kan lezen en schrijven, wil ik dood,' schreef ik eerder. 'Geen poeder door de vla, maar een vergiftigde bonbon ofzo. En vooral niet alleen. Het liefst zou ik laat op een avond een fatale pil slikken in de aanwezigheid van enkele zeer dierbaren – en zowel de avond als de lievelingsmensen zijn daarbij cruciaal. Ik stel me dat voor als een benijdenswaardige zelfmoord. Een dood om jaloers op te zijn.'[14]

Wet en weten

De aanzet voor een Nederlands euthanasiebeleid – dappere artsen die zichzelf bekendmaakten en de grondige, langdurige lobby van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE) niet te na gesproken – werd gegeven door twee wetenschappers: Van der Wal en Van der Maas. Zij onderzochten in 1990 en 1995 hoe het er in Nederland rond het sterfbed werkelijk aan toe gaat en welke medische beslissingen er rond het levenseinde eigenlijk allemaal worden genomen. Er waren inmiddels enkele geruchtmakende zaken geweest waarbij artsen voor de rechter hadden moeten verschijnen omdat ze een patiënt op diens verzoek hadden laten sterven. Het was een publiek geheim dat artsen dat in de praktijk regelmatig deden, maar niemand wist zelfs maar bij benadering hoe vaak.

In 1984 sprak de Hoge Raad voor het eerst uit dat euthanasie in bepaalde gevallen toegestaan kon worden. In de zaak-Schoonheim ging het om een 95-jarige vrouw die zoveel pijn leed dat zij permanent zwaar verdoofd moest worden om er niet aan onderdoor te gaan. De Hoge Raad oordeelde dat 'steeds verdergaande ontluistering en het vooruitzicht om niet meer op waardige wijze te kunnen sterven' een geldige grond voor euthanasie vormen, en sprak de arts vrij. In datzelfde jaar trad de eerste meldingsprocedure voor artsen in werking, in de hoop de kwestie zo te kunnen reguleren en te documenteren.

In 1984 diende D66 een wetsvoorstel in om euthanasie juridisch beter te regelen. De behandeling ervan werd eindeloos uitgesteld, en in 1990 kwam er ook een kabinetsvoorstel op tafel. Het voorstel van D66 ging uit van het principe dat artsen die euthanasie hebben uitgevoerd, vrijuit gaan indien zij de zorgvuldigheidseisen hebben betracht ('niet strafbaar mits'); het regeringsvoorstel hield vast aan de strafbaarheid van euthanasie behalve wanneer er zorgvuldig was gehandeld ('strafbaar, tenzij').

In 1990 stelde de regering de commissie Remmelink in, die de medische praktijk rond het levenseinde moest doorlichten en duiden, onder meer omdat men vermoedde dat er – ondanks de meldingsprocedure die in 1984 was ingegaan – sprake was van een sterke onderrapportage van euthanasie Alle meldingen moesten namelijk rechtstreeks bij het Openbaar Ministerie worden ingediend en artsen waren in principe strafbaar, tenzij het OM oordeelde dat zij zorgvuldig hadden gehandeld. Artsen waren niet alleen bevreesd voor vervolging, maar hadden vaak ook een principieel bezwaar tegen een dergelijke melding:. Zij vonden dat justitie zich niet had in te laten met zuiver medische beslissingen die in goed overleg tussen arts en patiënt waren genomen, aangezien zoiets neerkomt op een juridisering van medisch handelen. Dit argument zou nog jarenlang gehoord worden.[1]

De meeste artsen geven de voorkeur aan een toetsing door vakgenoten in plaats van aan ondervraging door een officier van justitie 'zonder enige medische kennis. Zo'n hulpofficier van justitie, zo'n politieman die

boeven wil vangen, die gaat een verdachte arts uitgebreid ondervragen of botkanker nu echt wel zoveel pijn geeft!'[2]

Ook staat de toetsing hen soms tegen omdat ze de gedachte dat ze euthanasie mogelijk ónzorgvuldig zouden hebben toegepast, op zich al onheus vinden. Artsen dienen immers al hun medische handelingen zorgvuldig en met overleg uit te voeren, zeker de ingrijpende. Bovendien werd het algemeen uiterst wrang gevonden dat juist diegenen die zich wilden laten toetsen, daardoor meer risico liepen dan zij die valselijk invulden dat de patiënt een natuurlijke dood was gestorven. Aan het melden zit een element van meewerken aan je eigen veroordeling.

Bovendien betekent het principe 'strafbaar, tenzij' dat elke arts die euthanasie toepast, gedurende enige tijd in de beklaagdenbank zit, ten minste totdat de zaak getoetst is. Er gaan soms maanden heen voor het resultaat van een toetsing bekend wordt, maanden van spanning en onzekerheid. Soms blijkt ineens dat justitie de zaak in onderzoek heeft genomen; daarna kan alsnog een sepot volgen, of een rechtszaak. Of zo'n sepot plaatsvindt, is niet altijd zeker. Er zijn vage gebieden waarbij niemand goed weet wat wel gedoogd wordt en wat niet, en eens in de zoveel tijd besluit het Openbaar Ministerie een willekeurige arts eruit te plukken tegen wie een proefproces wordt begonnen om de grenzen van het gedoogbeleid te verduidelijken of opnieuw vast te stellen.

Om te verifiëren hoe het met die onderrapportage zat en om na te gaan of er inderdaad goed overleg werd gevoerd, zette Van der Maas, samen met zijn medewerkers Van

Delden en Pijnenborg, in 1990 een grootscheeps onderzoek op onder Nederlandse artsen.

De opzet was slim en bijzonder grootschalig. Ten eerste nam het team een forse steekproef uit alle overlijdenscertificaten uit een bepaalde periode en benaderden ze alle daarop genoemde artsen (overlijdenscertificaten moeten altijd door een arts worden ingevuld) met het verzoek een vragenlijst in te vullen. Ten tweede voerden Van der Maas en zijn medewerkers uitgebreide gesprekken met ruim vierhonderd huisartsen en specialisten. En ten derde vroegen ze deze vierhonderd artsen om gedurende een half jaar gegevens bij te houden over alle sterfgevallen waarmee zij te maken kregen.[3]

De betrokken artsen werd gevraagd om per overledene nauwgezet aan te geven hoe die dood precies in zijn werk was gegaan, welke medische beslissingen daarbij waren genomen, en hoe die beslissingen tot stand waren gekomen. Benadrukt werd dat justitie met het onderzoek instemde en alle aangeschreven artsen vrijwaring van vervolging garandeerde in het geval zij het leven van hun patiënt op enigerlei wijze hadden bekort. De artsen konden derhalve vrijuit spreken. De respons was groot: slechts negen procent van alle benaderde artsen wilde niet meewerken aan een interview, en ruim driekwart van de vragenlijsten werd beantwoord.

De vragen werden rond drie groepen uitgesplitst: wat deed de arts, met welke intentie deed hij dat, en heeft de patiënt daarom gevraagd? In de enquête werden termen als ‘euthanasie’ en ‘hulp bij zelfdoding’ doelbewust vermeden, om te voorkomen dat de vraagstelling de antwoorden zou kleuren. Ik definieer de verschillende

manieren van levensbekorting hier gemakshalve, en geef tevens aan wat de juridische status van elk van die categorieën is.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

Actieve levensbeëindiging: de patiënt krijgt specifieke medicijnen die het uitdrukkelijke doel hebben zijn leven te beëindigen. Het verschil tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding wordt bepaald door de vraag wie de daadwerkelijke handeling verricht: dient de arts de medicijnen toe, dan is het euthanasie; neemt de patiënt ze zelf in, dan is het hulp bij zelfdoding. Strafrechtelijk is dat verschil uiterst belangrijk. Als de arts een infuus aanlegt of een injectie geeft, is hij de 'dader' en kan hem in laatste instantie moord ten laste worden gelegd. Geeft de arts de patiënt een preparaat dat die laatste zelf kan opdrinken, dan pleegt de patiënt feitelijk zelfmoord en kan de arts hooguit hulp bij zelfdoding worden verweten.

Niet-behandelen

Hieronder valt het staken of het niet instellen van levensverlengende behandelingen: bijvoorbeeld geen infuus of sondevoeding meer geven, de beademing stopzetten of een longontsteking niet bestrijden. Niet-behandelen leidt niet altijd tot een snelle dood. Lang niet iedereen die door ziekte komt te overlijden, is in de laatste periode aan enige apparatuur gekoppeld,4 en wanneer een infuus wordt verwijderd kan het soms nog geruime tijd duren voordat de dood intreedt.

Niet-behandelen komt in twee vormen voor: op initiatief van de patiënt of op dat van de arts. Een arts kan besluiten tot stopzetten van de behandeling indien de patiënt feitelijk is opgegeven; hij is dan de mening toegedaan dat verdere ingrepen de patiënt eerder bezwaren dan helpen, en hij zal nog slechts symptomen bestrijden (waaronder pijn). Het initiatief kan ook van de patiënt komen. Zodra een patiënt zegt dat hij behandeling X of Y niet meer wil, is de arts verplicht daar gevolg aan te geven. Zulk afzien van behandeling is een zogeheten schildrecht, een afweerrecht: niemand mag je iets opdringen wat je niet wilt. Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt is op dit punt volledig en onvervreemdbaar, behalve wanneer iemand wordt geacht niet toerekeningsvatbaar te zijn (een noodclausule die een enkele keer wordt ingeroepen).

Op niet-behandelbeslissingen wordt ook wel door familieleden aangedrongen, bijvoorbeeld wanneer de zieke in coma is geraakt of niet meer aanspreekbaar is. Juridisch gezien kunnen familieleden alleen aanspraak maken op het schildrecht indien zij een volmacht hebben, of als zij zich kunnen beroepen op een niet-behandelverklaring die de zieke eerder heeft getekend.

Pijn- en symptoombestrijding

Als er ernstige pijn moet worden verzacht, worden meestal opiaten gebruikt. Het neveneffect van deze behandeling kán zijn dat de dood van de patiënt wordt bespoedigd. Of de dood inderdaad door opiaten wordt versneld, hangt echter zowel sterk af van de dosering ervan als van de

conditie van de zieke en diens gewenning aan de opiaten (aan morfine raak je snel gewend). In sommige gevallen werkt toediening van hoge doses morfine juist levensverlengend, omdat de patiënt rustiger wordt. In geval de patiënt overlijdt, staat de strafwet erbuiten: van actief ingrijpen en doelbewuste levensbeëindiging door de arts is geen sprake geweest. Pijnbestrijding is een regulier onderdeel van de medische praktijk, en ook al spelen de toegediende opiaten mogelijk een rol in het overlijden, dat laat onverlet dat het een natuurlijke dood betreft. De ziekte is immers de doodsoorzaak, en dat de dood door de opiaten mogelijk sneller is ingetreden wordt als een onvermijdelijk neveneffect beschouwd. Bovendien zou het immoreel zijn om een patiënt pijn te laten lijden, zuiver omdat hij misschien sneller overlijdt wanneer hij morfine krijgt toegediend.

Deze pijnbestrijdingspraktijk is overal in het Westen ingeburgerd en stuit, in tegenstelling tot euthanasie, nergens op morele, religieuze of juridische bezwaren. Ook landen die mordicus tegen euthanasie zijn, zoals Duitsland, Engeland en Amerika, rekenen pijnbestrijding en stervenshulp tot de normale medische handelingen. Wanneer een patiënt overlijdt door te veel morfine, wordt dat ook in andere landen geregistreerd als 'natuurlijke dood'. Het is nog steeds de ziekte die de patiënt sloopte.

Van der Maas informeerde uitgebreid naar de precieze gang van zaken rond deze beslissingen: op wiens initiatief was zo'n beslissing tot stand gekomen, ging er een expliciet verzoek van de patiënt of diens familie aan vooraf, leek de patiënt capabel om die beslissing te nemen, was er (als het

initiatief van de arts uitging) met de patiënt over gesproken, had de arts een collega geconsulteerd, met hoeveel dagen werd het leven van de patiënt vermoedelijk bekort en dergelijke.

Van der Maas concludeerde dat euthanasie en hulp bij zelfmoord aanzienlijk vaker voorkomen dan je op grond van het summiere aantal meldingen zou denken. Meer dan de helft van alle artsen bleek ooit meegewerkt te hebben aan euthanasie of hulp bij zelfdoding. Zulke verzoeken zijn daarmee geen 'marginale situaties waarbij slechts een beperkt aantal artsen betrokken is', maar dienen te worden beschouwd als 'een onderdeel van de praktijkvoering'.[5]

In 1990 waren bij Justitie 484 gevallen van euthanasie aangemeld. Van der Maas berekende dat het werkelijke aantal bijna vijfmaal zo hoog lag: er was naar schatting 2300 keer euthanasie verricht (1,7 % van alle sterfgevallen van dat jaar), en 400 keer (0,3 %) hulp bij zelfdoding gegeven. In meer dan tachtig procent van alle gevallen ging het om kanker. Verreweg de meeste euthanasiegevallen – 1550 van de 2300 – kwamen voor in de huisartsenpraktijk. Hulp bij zelfdoding werd vrijwel uitsluitend verleend aan mensen in een vergevorderd stadium van een dodelijke ziekte.[6] In twaalf procent van de gevallen kwam het initiatief tot euthanasie van de arts in plaats van de patiënt, en in slechts iets meer dan de helft van de gevallen had de arts een collega geconsulteerd.[7] Maar al komen euthanasie en hulp bij zelfmoord veel voor, het wordt nog veel vaker geweigerd: twee op de drie verzoeken van patiënten worden afgewezen.

In ongeveer duizend gevallen (0,8 % van alle sterfgevallen) diende een arts een dodelijk middel toe zonder dat de patiënt daar expliciet om had gevraagd. In ruim de helft van die gevallen was echter in een eerder stadium wel degelijk overleg gevoerd en had de patiënt indertijd duidelijk gezegd dat hij zijn dood graag bespoedigd zag. In 'enige honderden gevallen' was er ook eerder geen overleg geweest. Het betrof hier 'in vrijwel alle gevallen ernstig zieke en stervende patiënten die kennelijk zwaar leden en niet meer in staat waren hun wil kenbaar te maken'.[8] Doorslaggevend voor ingrijpen in deze gevallen was niet de vraag of er al dan niet eerder overleg was gevoerd: doorslaggevend was dat bij deze mensen vitale levensfuncties al aan het uitvallen waren en hun stervensproces zich wreed ontwikkelde. De artsen grepen simpelweg in om het sterven te bekorten: 'het lijden van de patiënt [is] ondraaglijk geworden en volgens strikte medische maatstaven [moet] het leven van de patiënt als opgegeven worden beschouwd. De dood zou in nagenoeg alle gevallen, ook zonder het handelen van de arts, snel zijn gekomen.'[9] De commissie Remmelink (in opdracht waarvan Van der Maas zijn onderzoek had uitgevoerd) pleitte er om die reden voor om deze situatie als 'stervenshulp' te betitelen.[10]

In bijna achttien procent van alle sterfgevallen werd een behandeling gestaakt of niet ingesteld, rekening houdend met de waarschijnlijkheid – of juist met het doel – dat daardoor de dood werd bespoedigd. Tot zulk staken of niet-beginnen van een behandeling werd in tweederde van de gevallen zonder overleg met de patiënt besloten, meest omdat de patiënt daartoe niet meer in staat was.

Niet-behandelen komt vooral in verpleeghuizen voor.[11] In iets meer dan achttien procent van alle sterfgevallen werd de pijnbestrijding geïntensiveerd. Soms nam men daarbij op de koop toe dat de dood daardoor mogelijk werd versneld; soms was dat juist mede het doel. In ongeveer van de helft van deze gevallen gebeurde dat zonder overleg met de patiënt, alweer omdat dit vaak niet langer mogelijk was.

Van der Maas: 'De clou van dit onderzoek is dat euthanasie hier wordt geplaatst in de bredere context van *alle* medische beslissingen rond het levenseinde. Dit omdat er zo'n brede waaier aan beslissingssituaties bestaat. […] Wat we nu vaststellen is dat er in zo'n 38 % van alle sterfgevallen belangrijke beslissingen worden genomen. […] Daarbij is euthanasie maar een fractie.'[12]

Het onderzoek zorgde voor veel commotie. Politiek, artsenorganisaties, patiëntenverenigingen, ethici, advocatuur, de kerk: alles en iedereen nam stelling in het debat. Gaandeweg ontstond zo meer duidelijkheid over rechten en plichten rond euthanasie, en over wat juridisch en moreel acceptabel werd geacht. Dat resulteerde onder meer in een verdubbeling van het aantal meldingen in het jaar erna, en een aanpassing van de meldingsprocedure in 1994.

♦

In 1995 herhaalde Van der Wal samen met Van der Maas dit onderzoek.[13] De frequentie van euthanasie was flink gestegen – patiënten vroeger er vaker om, artsen durfden vaker mee te werken – en tevens bleek er inmiddels

aanzienlijk meer gerapporteerd, overlegd en geconsulteerd te worden. In 1990 werd slechts 18 % van alle euthanasiegevallen gemeld; in 1995 was dat opgelopen tot 41 %. Het aantal gevallen van euthanasie was in de tussenliggende vijf jaar gestegen van 2300 (1,7 % van alle sterfgevallen van dat jaar) naar 3200 (2,4 %); het aantal gevallen van hulp bij zelfdoding was met 400 gelijk gebleven. Nog steeds werden zo'n twee van de drie verzoeken afgewezen: in totaal 6.000.[14] Nog steeds wordt euthanasie in ruim tachtig procent van de gevallen verricht vanwege kanker; en nog steeds beloopt de levensverkorting waar het om gaat, zelden meer dan een paar weken.

Het aantal gevallen waarin een arts ingreep zonder uitdrukkelijk verzoek van de patiënt, was gezakt van 1000 (0,8 % van alle sterfgevallen) naar 900 (0,7 %). Nog steeds was er in de helft van de gevallen wel een eerder verzoek uitgesproken. De motieven waarom uiteindelijk zonder verzoek werd ingegrepen, waren echter verschoven: in 1990 was dat in 53 % van de gevallen omdat de patiënt ernstig leed doch niet langer bij machte was om iets te zeggen, in 1995 was dat in 79 % van de gevallen de reden.[15] Met andere woorden: artsen grepen minder vaak zonder verzoek in, en als ze dat tóch deden, was dat meestentijds omdat de patiënt geen verzoek meer kon uiten en ondertussen ernstig leed.

Ook het staken of het niet instellen van behandelingen kwam in 1995 vaker voor. Gebeurde dat in 1990 nog in 17,9 % van alle sterfgevallen, nu was dat in 20,2 %. In meer dan de helft van de gevallen betrof het patiënten van boven de tachtig. Ongeveer een derde van alle niet–behandelbeslissingen werd genomen in overleg

met de patiënt. De voornaamste reden om niet te overleggen luidde dat de patiënt dement was (40 %).[16]

In het onderzoek werden gemelde en niet-gemelde gevallen met elkaar vergeleken. Intrigerend is dat niet, zoals de kranten nogal eens schrijven, veertig procent van alle artsen niet meldt: vrijwel alle artsen die ooit euthanasie hebben verricht of hulp bij zelfmoord hebben verleend, melden dat namelijk keurig aan. Ze melden alleen niet ál hun gevallen, vaak uit angst een verkeerde reputatie te krijgen. Opmerkelijk is dat er tussen gemelde en niet–gemelde gevallen amper verschil te bespeuren is in de motivatie, de aard van het verzoek en de wijze van besluitvorming. Het enige verschil is dat bij niet–gemelde gevallen de stappen in de procedure minder goed waren gedocumenteerd. Voorts vonden artsen over niet-gemelde zaken vaker dat er, ondanks hun ingrijpen, sprake was van een natuurlijke dood, of waren ze bevreesd voor de juridische rompslomp voor zichzelf of voor de nabestaanden.[17]

jaar	cijfers vdW & vdM	gemeld	procent	rechtszaken
1990	2.700	486	18	0
1991	–	866		1
1992	–	1.201		2
1993	–	1.304		4
1994	–	1.487		5
1995	3.600	1.466	41	1
1996	–	1.689		4
1997	–	1.986		2
1998	–	2.590		1

1999	–	2.216		0
2000	–	2.123		

Nederlandse cijfers over euthanasie en hulp bij zelfdoding, op grond van onderzoek c.q. op grond van meldingen.[18]

Op grond van dit tweede onderzoek werden eind 1998 de regionale toetsingscommissies euthanasie ingesteld, in de hoop de huiver van artsen om te melden verder te doen afnemen: de toetsingscommissies vormden een buffer tussen de artsen en het Openbaar Ministerie. De criteria voor beslissingen rond het levenseinde werden explicieter, het aantal meldingen nam eind 1998 eerst flink toe en begon daarna weer langzaam te zakken.

Hoe de verhouding tussen werkelijke frequentie en de melding daarvan momenteel ligt, is onduidelijk, evenals hoe de nieuwe wet (aangenomen in april 2001 en vermoedelijk eind 2001 van kracht wordend) de praktijk en de rapportage beïnvloedt. Met de invoering van de nieuwe wet is euthanasie gelegaliseerd en gaat de arts vrijuit indien hij de zorgvuldigheidseisen in acht heeft genomen. Justitie staat op een afstand, mede omdat alle meldingen naar de toetsingscommissies gaan en zij justitie pas inlichten als ze de indruk hebben dat ergens iets mis is gegaan. Van der Wal en Van der Maas beginnen in 2001 met hun derde grootschalige onderzoek.

♦

Inmiddels zijn in Australië en Vlaanderen vergelijkbare onderzoeken uitgevoerd als die van Van der Wal en Van der Maas. Hoewel er ruimschoots over is gedebatteerd,

kent Australië noch België een legale vorm euthanasie (en de tussenweg van gedoogbeleid is te typisch Nederlands om elders gepropageerd te kunnen worden). In Australië zijn verschillende wetsvoorstellen gedaan maar verworpen; er is zelfs eenmaal een wet aangenomen die later ongeldig is verklaard. België werkt momenteel aan een wet die naar verwachting binnenkort zal worden aangenomen.

Die zal overigens veel strenger uitpakken dan de Nederlandse: voor (nog) niet-terminale patiënten zal een aanzienlijk strenger procedure gelden dan voor terminale patiënten; tussen het verzoek en de uitvoering van euthanasie dient minstens een maand te verstrijken; de arts moet twee collega's consulteren; een wilsverklaring moet schriftelijk zijn opgemaakt ten overstaan van twee getuigen, van wie minstens één geen familie mag zijn.[19] Vooral de termijn van een maand die moet worden aangehouden tussen aanvraag en uitvoerig is bizar: het risico is aanzienlijk dat de patiënt ondertussen al 'gewoon' is overleden, oftewel op de onluisterende manier die hij nu juist zo graag wilde vermijden.

Je schrikt je trouwens rot als je die onderzoeken naar de buitenlandse praktijk leest. Zowel in Vlaanderen als in Australië gebeurt het om de haverklap dat patiënten niet om levensbeëindiging hebben gevraagd, en artsen die beslissing niettemin nemen en uitvoeren. Zulke cijfers moeten voorzichtig worden geïnterpreteerd. Patiënten durven vaak niet om euthanasie of hulp bij zelfdoding te vragen, ze weten dat artsen daaraan officieel niet mogen meewerken en dat ze hun arts met zo'n verzoek derhalve juridisch en moreel in een uitermate lastig parket brengen; en natuurlijk wordt er over en weer veel gesmiespeld,

gezinspeeld en gesuggereerd, worden verlangens zonder zoveel woorden uitgesproken, en gaan artsen af op hun medische kennis, intuïtie en ervaring. Maar desalniettemin: waar in Nederland blijkens de onderzoeken van Van der Maas en Van der Wal slechts in 0,7 tot 0,8 % van alle sterfgevallen iemands leven wordt beëindigd zonder dat de patiënt daar expliciet om heeft verzocht, gebeurt dat in Australië in 3,5 % van de gevallen en in Vlaanderen in 3,2 %.[20] Dat is vijf keer zo vaak als in Nederland. In Nederland betreft die 0,7 % vrijwel uitsluitend stervenshulp, of demente patiënten van wie een euthanasieverklaring bekend is; bij de 3,2 % en 3,5 % van Vlaanderen en Australië ligt er geen enkel verzoek.

In Vlaanderen wordt euthanasie blijkens de cijfers ongeveer evenveel uitgevoerd als in Nederland, maar er wordt eenvoudig zelden hardop over gesproken. Alles moet via stilzwijgende afspraken gebeuren. Maar deze praktijk houdt een groot risico in, namelijk dat een arts iets doet wat de patiënt eigenlijk niet wil. De morfine verhogen, de behandeling stoppen of een dodelijk middel toedienen wordt volgens het Vlaamse onderzoek in tweederde van alle gevallen niet met de zieke of – als dat vanwege zijn conditie niet kon, met zijn familie – besproken; noch was er een eerder verzoek van de patiënt daartoe. Voorts wordt in Australië kennelijk veelvuldig euthanasie toegepast onder het mom van pijnbestrijding: doelbewust zoveel morfine geven dat de patiënt overlijdt. De Australische cijfers voor levensbekortende pijnbestrijding zijn namelijk absurd hoog.

	NL	NL	AU	VL

	1990	1995	1995	1998
alle sterfgevallen (absolute aantallen)	128.786	135.546	125.771	56.354
waarvan (in procenten):				
• actieve beëindiging:				
° euthanasie	1,7	2,4	1,7	1,1
° hulp bij zelfdoding	0,2	0,2	0,1	0,1
° zonder expliciet verzoek van patiënt	0,8	0,7	3,5	3,2
• levensbekortende pijnbestrijding	18,8	19,1	30,9	18,5
• passieve euthanasie	17,9	20,2	28,6	16,4
totaal pct. sterfgevallen met medische ingrepen rond het levenseinde	39,4	42,6	64,8	39,3

Geschatte frequentie van medische ingrepen rond het levenseinde in Nederland, Australië en Vlaanderen.[21]

Wellicht zijn die hoge cijfers deels te verklaren uit medische cultuurverschillen. Net zoals de Fransen veel meer dan elk ander land geneigd zijn penicilline voor te schrijven, zijn de Australiërs mogelijk meer dan Nederlanders geneigd morfine te geven. Er is natuurlijk geen enkele reden om aan te nemen dat de Nederlandse pijnbestrijdingspraktijk 'normaal' is, of een 'morele standaard' van correct medisch handelen vertegenwoordigt. Maar als levensbekorting door morfine zo ingeburgerd is dat dertig procent van alle sterfgevallen zo tot stand komt, is er echter vrijwel zeker meer aan de

hand, zeker indien je in acht neemt dat de meerderheid van de Australische bevolking voorstander is van euthanasie en de zachte dood er op grote schaal is besproken.

De Nederlandse verpleeghuisarts Bert Keizer heeft die praktijk van morfineophoging teneinde de dood te versnellen 'sjoemeleuthanasie' genoemd: pijnbestrijding is al te vaak een smoes geworden die slechts van stal wordt gehaald om het werkelijke doel, het beëindigen van iemands leven, te maskeren. Een dergelijk rommelen in de marges is gevaarlijk, want ontraceerbaar en oncontroleerbaar.

Ook het afzien of stopzetten van levensverlengende behandelingen (vroeger wel betiteld als 'passieve euthanasie') heeft een grote vlucht genomen in Australië en komt daar veel vaker voor dan in Nederland of Vlaanderen.

♦

Wat deze cijfers aantonen, is dat het voor de alledaagse praktijk geen donder uitmaakt of euthanasie is gelegaliseerd of niet: zonder degelijke regeling gebeurt het tóch (en in Australië vermoedelijk zelfs aanzienlijk vaker dan in Nederland), maar dan met een groot accent op heimelijk, onderhands, gecamoufleerd en derhalve oncontroleerbaar ingrijpen. Met strenge wetten tegen euthanasie, zoals België momenteel nog heeft, wordt op grote schaal de hand gelicht. En al even duidelijk blijkt uit beide onderzoeken dat wettelijke regelingen en procedures

vooral verhinderen dat artsen, al dan niet met de beste intenties, op eigen houtje gaan ingrijpen.

De voordelen van een heldere en grootmoedige wet of regeling zijn evident. Patiënten overleggen makkelijker en formuleren hun wensen duidelijker wanneer ze weten dat het legaal is om hun dood te bespoedigen; artsen consulteren hun collega's sneller, en lopen – mede daardoor – minder risico om verkeerde inschattingen te maken of fouten te begaan; artsen maken hun beslissingen transparanter en zijn juridisch minder kwetsbaar; artsen hoeven niet in het diepste geheim met hun geweten te worstelen.

Je zou willen dat vergelijkbare onderzoeken werden uitgevoerd in landen waar euthanasie wettelijk verboden is en derhalve officieel volstrekt onbespreekbaar. Hoe vaak wordt daar stiekem tussen arts en patiënt gesmoesd? Hoe vaak wordt daar sjoemeleuthanasie uitgevoerd onder het mom van pijnbestrijding, wat wél geaccepteerd is? Hoe vaak handelt een arts daar op eigen initiatief of afgaand op zijn intuïtie, zonder de patiënt naar diens mening te vragen?

In de Verenigde Staten is in 2001 een onderzoek uitgevoerd naar de frequentie van hulp bij zelfdoding, wat daar in alle staten behalve Oregon streng verboden is. Eén op de twee artsen gaf in dat onderzoek niettemin toe dat hij wel eens een verzoek heeft ingewilligd om iemand uit zijn lijden te verlossen, meestal door middel van 'agressieve pijnbestrijding'.[22] Over deze beslissing hebben ze vervolgens in volstrekte eenzaamheid lopen piekeren: niemand met wie ze konden overleggen, niet over de beslissing zelf, noch over de wijze van uitvoering ervan.

Het isolement dat zowel de arts als de patiënt voelen zet hen onder zware emotionele druk, zo concludeert het bewuste onderzoek. En de strafbaarheid ervan doet aan de behoefte aan euthanasie of hulp bij zelfdoding niets af.

In Duitsland, Engeland en de Verenigde Staten is de heersende opinie dat ernstig zieke patiënten in Nederland hun leven niet zeker zijn. Nu is niemand die een fatale ziekte heeft zijn leven zeker, dat is juist de ellende ervan, maar in Nederland kun je tenminste zeggenschap houden over hoe je dan sterft: gewoon, door de ziekte zijn beloop te laten, of eerder, door in te (laten) grijpen. In andere landen ligt je lot wat dat laatste betreft in handen van een – eventueel al te voortvarende – arts, die bovendien uit zelfbescherming geen overleg met collega's durft te voeren.

De crux van gelegaliseerde euthanasie is dat patiënten daardoor juist *minder* bang hoeven te zijn voor overijverige of al te meelevende artsen. De uitgesproken wens van de patiënt is in de Nederlandse procedure een voorwaardenstellend en onontbeerlijk onderdeel. Dat maakt een wereld van verschil: het biedt patiënten zekerheid. In de cynische formulering van de Vlaamse onderzoekers Luc Deliens en Freddy Mortier: 'Onze gegevens suggereren dat een restrictief euthanasiebeleid niet de beste garantie voor de bescherming van patiënten biedt.'[23]

Helga Kuhse, die het Australische onderzoek leidde, verwoordde de kern van het probleem later nog scherper: 'Alle beschikbare cijfers laten zien dat een gecontroleerde euthanasiepraktijk een betere zorg voor de patiënt waarborgt, dat de arts/patiëntrelatie erdoor

verbetert en tot minder dubieuze praktijken leidt, dan een situatie waarin deze zaken niet openlijk kunnen worden besproken. Het criminaliseren van euthanasie voorkomt niet dat euthanasie toch wordt toegepast […] Het drijft haar alleen ondergronds en belemmert een goede zorg voor de patiënt.'[24]

♦

Onderzoek zoals dat van de Vlamingen Deliens en Mortier toont niet alleen het belang aan van openheid en goede wetgeving. Het levert daarnaast ook een schat aan politieke, demografische en sociale gegevens op. Deliens en Mortier informeerden niet alleen naar de achtergrond van de patiënten, maar ook naar die van de artsen. In de jaarverslagen van de Nederlandse Toetsingscommissie Euthanasie worden demografische gegevens zoals opleiding, leeftijd en religie van de betrokken artsen helaas niet opgenomen. Het zou de moeite waard zijn dat in de toekomst wel te doen.

Uit het Vlaamse onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat jonge artsen meer dan hun oudere collega's bereid zijn om euthanasie uit te voeren; artsen boven de 55 hebben juist een sterke voorkeur voor het staken van de behandeling. Evenzo – maar dat zal geen verrassing zijn – zijn artsen die hun opleiding op een confessionele universiteit hebben gevolgd, iets terughoudender met betrekking tot euthanasie dan hun niet-religieus geschoolde collega's.

Wat wél opmerkelijk is, en voor Nederland politiek interessant, is de bevinding van Deliens en Mortier dat

dood door pijnbestrijding vooral veel verricht wordt door artsen die gespecialiseerd zijn in palliatieve ('verzachtende') zorg en door mensen met een hospice-opleiding: zij verrichten maar liefst tweemaal zo vaak euthanasie als andere artsen. In Nederland beweren de SP en de kleine christelijke partijen strijk en zet dat meer en betere palliatieve zorg de vraag naar euthanasie kan ondervangen. De cijfers van Deliens en Mortier wekken op z'n minst de suggestie dat juist deze gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen de wens van patiënten om eerder dood te mogen gaan, beter begrijpen en meer geneigd zijn euthanasie te verrichten, niet minder.

palliatief specialisme	ja	nee
euthanasie	2,5	1,2
hulp bij zelfdoding	5,0	4,8
pijnbestrijding	29,7	22,8
staken van behandeling	24,1	25,5
alle ingrepen	61,3	54,4
geen ingreep	38,7	45,6

Alle medische ingrepen over het levenseinde, gerangschikt naar soort ingreep en naar opleiding van de arts.[25]

Overigens wordt er zelden veel van het leven bekort. In het Vlaamse onderzoek zou ruim veertig procent van de patiënten zonder ingreep naar schatting nog een dag te leven hebben gehad; nog eens veertig procent zou zonder tussenkomst nog tussen de twee en zeven dagen hebben gehad. Bij slechts drie procent werd hun leven meer dan een maand bekort. Blijkens de twee onderzoeken van Van

der Maas en Van der Wal geldt precies hetzelfde voor Nederland.

In het boek van de Nederlander Pool overlijdt zowat de helft van de beschreven patiënten die een euthanasieprocedure in gang hebben gezet, nog voordat de procedure is afgerond: ze sterven ondertussen vanzelf. Dat suggereert dat patiënten vrijwel altijd pas heel laat in het stervensproces de euthanasieprocedure in gang zetten, of waarschijnlijker: dat artsen zulke verzoeken pas in een laat stadium daadwerkelijk in behandeling nemen; zo laat zelfs dat de patiënten er niet meer aan de beklinking ervan toekomen.

♦

Afgaande op deze cijfers, en die van de jaarverslagen van de Nederlandse toetsingcommissies, kun je een adequaat profiel opzetten voor een succesvol euthanasieverzoek en kun je redelijk secuur voorspellen hoe allerlei beslissingen rond het levenseinde zullen verlopen. Wie kanker of aids heeft, zich bij een betrekkelijk jonge huisarts vervoegt en zich in een laat stadium van de ziekte bevindt, heeft bijna honderd procent kans zijn verzoek gehonoreerd te krijgen. 'Euthanasie is voor tachtig procent een kankerprobleem, en voor tachtig procent een huisartsenprobleem', stelt advocaat en euthanasiespecialist Eugène Sutorius.[b] Wie ouder dan tachtig is, dement, en bovendien in een verpleeghuis zit, loopt grote kans dat er niet wordt behandeld indien hij een longontsteking krijgt, en heeft een uiterst geringe kans op euthanasie, ook al heeft hij op voorhand honderd wilsverklaringen ingevuld en

besproken. Wie ver voortgeschreden multiple sclerose of Parkinson heeft, of beginnende Alzheimer, moet een uiterst meegaande arts treffen wil hij hulp bij zelfdoding kunnen krijgen.

'Gematst'

Emily, een goede vriendin, schreef mij wat er rond de dood van haar moeder Anne gebeurd is. Anne had longkanker en kreeg steeds meer uitzaaiingen. Bestralingen en chemotherapie hielpen niet langer. Hoewel Anne en haar familie zich goed hadden voorbereid op de dood, gingen er met name in de laatste dagen voor Annes overlijden nogal wat zaken mis. Terwijl de familie sterk het gevoel had dat ze zich in de handen mocht knijpen met de hulp die ze tersluiks van medici kreeg aangeboden, hebben de artsen – met name de huisarts – het in werkelijkheid juist ernstig laten afweten, iets wat de familie, door hun onbekendheid met de wet en de medische praktijk, wel voelde maar niet meteen in al zijn consequenties doorzag. Emily's verhaal begint bij Annes diagnose in juli 2000 en eindigt met haar laatste drie dagen, in maart 2001. Tussendoor geef ik mijn commentaar en reacties, zodat Emily's relaas hier min of meer in dialoogvorm is weergegeven. Emily's deel is in een afwijkende lettergrootte afgedrukt.

De namen Anne, Emily en Charlotte (zij is de vriendin van Emily) zijn gefingeerd. Emily en Charlotte vrezen de mogelijkheid dat ze door publicatie van hun verhaal alsnog met justitie te maken krijgen en willen daarom liever anoniem blijven.

♦

Vlak na de uiteindelijke diagnose heb ik, zonder vooroverleg met mijn moeder maar ze was er wel bij, aan de arts-assistent (zijn baas, de specialist, kwam later pas in beeld) onder meer gevraagd hoe hij tegenover euthanasie stond. Hij keek even quasi in de war de kamer rond en meldde dat wanneer er

> afluisterapparatuur geplaatst was hij nu goed de lul zou zijn. Hij vertelde dat de ziekenhuisdirectie absoluut tegen was en 'het' ook niet toestond; maar hij en zijn baas stonden er positief tegenover en zouden wel meewerken mocht het zover komen. Dat was voor ons een redelijke geruststelling. Anders moet je nog gaan overwegen om naar een ander ziekenhuis en dus naar andere artsen te gaan, terwijl in de loop der maanden net een beetje vertrouwen in dit ziekenhuis was ontstaan.

Eigenlijk zou een ziekenhuis haar beleid op het gebied van levensbeëindiging op voorhand aan patiënten bekend moeten maken, vind je niet? Net zoals je, wanneer je opgenomen wordt, een foldertje krijgt met informatie over de faciliteiten van het ziekenhuis (van kapper, restaurant en pastoraat tot bezoektijden) en over de keuzes die ze in medische zorg maken. Waarom zouden ze wel adverteren dat ze geavanceerde behandelingen uitproberen, tv aan bed hebben en een rookbeleid, maar niet wat hun houding is tegenover euthanasie?

Die arts-assistent, tja, dat hij wat schimmig en heimelijk gaat doen zodra euthanasie ter sprake komt omdat de directie het er niet mee eens is, is enerzijds begrijpelijk, maar anderzijds doet de houding van de directie er in de privacy van de spreekkamer niet zoveel toe. Bovendien heeft hij jullie zoiets natuurlijk op een andere manier uit te leggen. Hij had jullie toch op z'n minst kunnen vertellen hoe de procedure in zijn werk gaat en wat er allemaal bij komt kijken? Zo'n 'grap' over afluisterapparatuur maakt het er voor jullie beslist niet eenvoudiger op: ineens krijg je toch het akelige vermoeden

dat je hem iets voorlegt dat zowat illegaal is, dat je hem zelfs min of meer in gevaar brengt met je vraag, wat niet zo is. Later vertelde je me dat jijzelf hierdoor sterk het idee kreeg dat jullie gematst werden, dat hij z'n nek voor jullie uitstak alleen al door erover te spreken. En al even sterk kregen jullie het idee dat je het binnenskamers wel over euthanasie mocht hebben maar vooral niet daarbuiten, dat het allemaal toch erg een tersluikse kwestie was en iets wat met heimelijkheid moest worden omgeven.

Volgens mij heb je groot gelijk om er zo vroeg over te beginnen. Bij longkanker weet je immers van tevoren vrijwel zeker hoe het afloopt, en mogelijk moet je inderdaad omzien naar een ziekenhuis waar euthanasie wél bespreekbaar is. Dat kun je dan maar beter zo snel mogelijk doen, want zoals je zegt: vertrouwen krijgen kost tijd, en een goede verstandhouding opbouwen met de behandelend arts al evenzeer. In de laatste weken nog van ziekenhuis (of huisarts) moeten veranderen heeft veel voeten in de aarde, juist in een periode dat je je energie wel beter kunt gebruiken.

> Mijn moeder wilde er in die tijd niet verder op ingaan (te confronterend uiteraard) en ik heb haar gezegd dat ik lid zou worden van de NVVE, de benodigde documentatie zou aanvragen en dat ze, als ze eraan toe was, maar een teken moest geven zodat we samen de verklaringen konden invullen.
>
> Die verklaringen krijgen was ook nog niet zo eenvoudig. Ik wilde lid worden en betalen en blanco verklaringen ontvangen om die te zijner tijd in te vullen. Dat bleek niet mogelijk want verklaringen mogen alleen op naam verstrekt worden. Alsof ze geregistreerd

> worden. Hoop gedoe, mijn moeder lid gemaakt, verklaringen op haar naam ontvangen en ik de rekening. Administratief gezeik over niks. Die dingen zijn simpel zelf te maken, maar misschien nog een attentiepuntje voor je dat je dus geen verklaringen voor oma kan aanvragen als je plannen hebt haar op te ruimen – wat blijkbaar de angst van velen is.

Tja, de bureaucratie der organisaties kent geen grenzen. Het wrange is dat de nvve die tenaamstelling vermoedelijk vooral doet omdat ze er simpelweg aan verdienen: het pakketje verklaringen dat jij hebt besteld, kost twintig gulden exclusief verplicht lidmaatschap, en door die formulieren op naam te stellen moet iedereen z'n eigen exemplaar kopen. Ik vrees dat euthanasieverklaringen helaas handel zijn geworden, een goede inkomstenbron voor de vereniging.

Dat ze op naam moeten worden gesteld om misbruik te voorkomen is natuurlijk onzin, want zonder de handtekening van je moeder is zo'n ding sowieso niets waard bij háár behandeling, nog los van het feit dat je een euthanasieverklaring mondeling moet bevestigen. En ik had je natuurlijk ook een kopietje van mijn exemplaar kunnen sturen, want die heb ik, zoals zovelen, wel aangevraagd maar nooit ingevuld. Hij ligt hier nog maagdelijk wit te wezen. De nvve heeft mijn naam erboven getypt maar die had je dan kunnen wegknippen, daar wordt-ie heus niet ongeldig van. Met een handgeschreven 'Ik, Anne Achternaam, verklaar hierbij…' erboven zou de verklaring in orde zijn geweest.

> Het werd er niet beter op met 'r; en zo nu en dan vroeg ik haar of ze de verklaringen al wilde invullen. Eind november heeft ze gevraagd of Charlotte en ik daarvoor langs wilden komen. Ik heb alles voorgelezen, uitgelegd en samen hebben we de euthanasieverklaring, het behandelverbod en de volmacht ingevuld.
>
> Een hele opluchting, want dan was het maar geregeld. Kort daarna hebben we een setje aan de specialist gegeven die alleen vroeg of we de huisarts er ook een gegeven hadden. Hij voegde er ook nog aan toe dat het in de meeste gevallen niet nodig was, terwijl hij in de tijd daarvoor toch wel een beetje hints die richting op had gegeven.
>
> Iets later heeft ze een setje aan de huisarts gegeven die alleen vroeg of ze het moeilijk had gevonden om ze in te vullen.
>
> Alles voor mekaar en niet meer aan denken.

Een euthanasieverklaring heb je in het geval van je moeder niet per se nodig. Zoals je inmiddels weet, moet je als het erop aankomt als patiënt ondanks die verklaring alsnog twintig keer uitleggen dat je bij je volle verstand bent en dat je heus, eerlijk waar, nu graag dood wilt. 't Is meer dat je arts via zo'n verklaring in een vroeg stadium op de hoogte wordt gesteld van je eventuele wensen (je opent het gesprek over de kwestie er als het ware mee), of dat hij later op die manier kan constateren dat je er al eerder over hebt nagedacht en dat je verlangen niet uit de lucht komt vallen.

Een behandelverbod en een volmacht zijn andere koek, die heb je wel degelijk nodig. Zonder een niet-behandelverklaring is het soms uitermate lastig je ervan te verzekeren dat artsen inderdaad niet ingrijpen. Denk

bijvoorbeeld aan de situatie waarin iemand comateus raakt en zijn wil niet meer kan uiten. In zo'n geval kun jij, als familielid, terugvallen op die verklaring: 'Kijk, dít is wat Anne wilde,' zonder dat de arts jou op je blauwe ogen hoeft te geloven. Een volmacht opstellen is eveneens uitermate verstandig. Die volmacht geeft jou, of je vader, het recht om namens je moeder op te treden als ze zo ver heen zou raken dat ze dat zelf niet meer kan, en indien zich situaties voordoen die niet door de niet-behandelverklaring worden gedekt. Stel dat je moeder op zeker moment wartaal zou gaan uitslaan, waar jullie nog wel wijs uit raken maar de artsen niet meer. In dat geval kun je, met die volmacht in de hand, namens haar beslissen of je instemt met allerlei ingrepen of niet.

En die huisarts? Realiseerde hij zich, toen je moeder hem dat setje papieren gaf, dat die vraag om euthanasie wellicht op zijn bordje terecht zou komen? Eigenlijk hadden jullie moeten aandringen op een gesprek met hem. Je hebt de ziekenhuisartsen toch ook nadrukkelijk gevraagd wat zij van euthanasie vonden? Misschien had je van huisarts willen wisselen, misschien had een uitgebreid voorgesprek hem ontvankelijker gemaakt.

Jullie hadden dan in elk geval beter geweten wat je aan elkaar had. En hij had, zodra hij die papieren onder ogen kreeg, er absoluut met je moeder over horen te spreken en zijn ideeën over euthanasie kenbaar moeten maken. Er in een vroeg stadium over praten betekent ook voor de arts dat hij meer gelegenheid heeft om zijn rol in het proces te bepalen. En voor een arts die zich er moreel of psychologisch niet toe in staat acht euthanasie te

verrichten – het is natuurlijk volstrekt legitiem en goed voorstelbaar dat iemand zoiets niet wil, of vreest dat hij het niet aankan – is dit hét moment om zijn opstelling kenbaar te maken, zodat je in goed overleg naar een ander kunt uitwijken. Als pas in een heel laat stadium blijkt dat de arts eigenlijk niet veel op heeft met euthanasie, of uitermate strenge richtlijnen hanteert, zit de patiënt (en z'n familie) ondertussen min of meer in de val.

Maar er was meer aan de hand, vertelde je later. De huisarts kwam vroeger elke vijf of zes weken bij je moeder langs om te informeren hoe het met haar was. Dat is heel loffelijk, en meer dan je van een arts mag verwachten. Maar zodra duidelijk was dat je moeder ernstig ziek was en longkanker had, liet hij zich nog maar amper zien. Het heeft er alle schijn van dat hij de bui al zag hangen en zo'n gesprek uit de weg wilde gaan. Bovendien kreeg jij schroom om erop aan te dringen dat je moeder met de huisarts zou gaan spreken: je had al zoveel geregeld, terwijl je je soms afvroeg of dat nu wel aan jou was om te doen, en of je haar niets iets onheus oplegde. Anne had lange periodes dat ze zo half ontkende dat het waarschijnlijk geen jaar meer zou duren. En jij wilde niet, als een soort Cassandra, je moeders illusies verstoren en haar telkens herinneren aan haar spoedige dood.

> Tot ongeveer de laatste week van haar leven. Het besef van een zeer spoedig einde sloeg hard toe. Ze vroeg steeds meer of dit het nou was en of en hoe het nu verder moest. Ze zei dat dit toch ook niks was en dat het zo voor haar niet meer hoefde. Toch bleef ze de steeds zeldzamere momenten dat ze een beetje helder was, toch ook leuk vinden.

Ik heb haar ook gevraagd of ze het vol kon en wilde houden tussen alle slaapuren door, juist doordat ze die smoelen van ons steeds weer zag. Dat was zo, zei ze. Ons telkens zien heeft haar inderdaad nog een tijdje op de been gehouden.

Tot de laatste zaterdagochtend. In de ochtend kwam de eerste definitieve mededeling, samengevat: 'Ik kan niet meer. Ik ben op. Doe wat.' Charlotte en ik hadden ongeveer een week daarvoor met de specialist gesproken. We wilden weten of hij iets meer kon zeggen over het te verwachten verloop, of we meer of andere deskundige hulp moesten gaan inzetten enz. Op onze vragen over het wat en hoe rondom euthanasie kregen we alleen als antwoord dat als de patiënt thuis is de huisarts daarover gaat. Dat was pech, want die was die laatste week op vakantie. We hadden gedacht om dan die week daarna met hem af te spreken, maar zover is het niet meer gekomen.

De specialist legde jullie dus niets uit over de procedure? Wisten jullie eigenlijk wel dat als je moeder eenmaal zo'n beslissing zou nemen, er nog flink overleg gevoerd diende te worden? Zeker nu duidelijk was dat hijzelf er niet betrokken bij zou raken (je moeder was immers al thuis), had de ziekenhuisarts wel iets scheutiger met informatie mogen zijn. Hij nam ook geen contact op met de huisarts of diens waarnemer – ze hadden sowieso nooit overleg gevoerd, die twee, vertelde je me later – terwijl de specialist wist dat de huisarts er nog nooit met je moeder over had gesproken wat zij zou willen als de moed haar ontviel. En het was inmiddels niet alleen evident dat jij daar ongerust over was, maar ook dat Anne hard achteruitging.

Daar zaten we dus op zaterdag met een huisarts op vakantie en een paniekerige moeder die niet meer wilde leven. Ogenschijnlijk was er niks aan de hand, maar voor haar gevoel kreeg ze het steeds benauwder. Volgens ons nog steeds meer een schreeuw om hulp dan werkelijke benauwdheid. We hebben nog geprobeerd haar uit te leggen dat de huisarts op vakantie was en dat het weekend was en er dus niet een-twee-drie een arts op de stoep kan staan, maar die feitelijkheden boeiden haar niet en drongen niet tot haar door. Ze wilde gewoon een dokter zien die de 'totale oplossing' zou aanbieden.

Uiteindelijk heb ik de beslissing genomen om een weekendarts te bellen. Ze moest gewoon een arts zien die bij voorkeur ook nog iets aan die benauwdheid kon doen. Het valt nog niet mee om in het weekend een arts te bereiken. Heb je dat al 's gedaan? Je krijgt een bandje met de vraag of je even geduld hebt. Als je uit beleefdheid code 'ja' intoetst word je gelijk op een ander bandje gemieterd waar ze je vragen om lekker na het weekend je eigen dokter te bellen. Als je opnieuw belt en nu code 'nee' gebruikt, vraagt een mevrouw wat er is en wie je huisarts is. Dan word je later teruggebeld met de mededeling dat rond een bepaald tijdstip een waarnemend arts komt. Voor jouw verhaal doet het niet echt ter zake, maar ik ben graag compleet.

Komt er zo'n knakker binnen met zo'n geribbelde plantsoenenkniebroek en een arrogant smoel. Wij zitten daar compleet, met alle negen dus, in afwachting en helemaal in de zenuwen. Mijn vader en ik rookten, mijn moeder had haar peuk net uitgemaakt dus er hing wat rook in de kamer. Die vent helemaal hysterisch of ze geen last had van de rook en dat dat toch niet kon blabla. We hebben maar niet gezegd dat

de patiënt net haar saffie had uitgemaakt. Heeft-ie toch ook niks mee nodig?

Dossiers overdragen in het weekend gebeurt niet, dus hij hoorde ter plekke wat er aan de hand was. Eigenlijk natuurlijk om te beginnen al belachelijk dat de huisarts niet bereikbaar is of blijft in dit soort speciale gevallen of in ieder geval de toestand doorneemt met zijn waarnemers. We vertelden het verhaal van die ochtend over het niet meer willen en kunnen, de euthanasieverklaring, de onbereikbaarheid van de eigen huisarts en vroegen hem met ons mee te denken over een oplossing. Mijn moeder was tijdens dat gesprek weer in slaap gevallen dus ik heb voor het grootste deel het woord gevoerd.

Hij dacht waarschijnlijk dat we haar collectief naar god wilden helpen, want hij raakte een beetje in paniek. Werd daardoor nog arroganter en sprak tegen ons op een toon die op zijn zachtst gezegd nogal wat wantrouwen inhield. Hij heeft nog geprobeerd met mijn moeder te praten, maar die zei niet veel meer dan wat wij al hadden verteld. We vroegen hem wat *gebruikelijk* is in dit soort situaties. Is de huisarts in dit soort absolute noodgevallen wel bereikbaar (hij was wel thuis gesignaleerd) of kon hij, de waarnemer, iets doen? Kortom, HELP!

Hij schutterde en sputterde nog wat en zei dat hij zou proberen de huisarts te bereiken en dat we het dan nog wel zouden horen. Zo klonk het echter niet. Hij wilde gewoon weg. Op mijn (in het begin al gestelde) vraag of hij nog iets aan de benauwdheid kon doen met bijvoorbeeld een morfine-injectie pruttelde hij nog wat maar hij gaf er toch een.

Dat de waarnemer onthutst was, is begrijpelijk. Denk je te komen om een pijnstiller voor te schrijven of iets dergelijks, blijkt het opeens te gaan om iemand die dood wil. Over met de deur in huis vallen gesproken…

Het is zacht gezegd nogal slordig dat jullie huisarts zijn waarnemer niet heeft verteld dat hij zo'n ernstig zieke patiënt in zijn praktijk had. Voor de waarnemer betekende dit dat hij volstrekt onvoorbereid, en zonder zich in het dossier te hebben kunnen verdiepen, ineens met een van de lastigste vragen van zijn professie werd geconfronteerd: wat te doen met een patiënt die zegt dood te willen. Je eigen huisarts heeft daar zijn handen al aan vol, laat staan iemand die er ineens met de haren bijgesleept wordt. De waarnemer kent je moeder in het geheel niet en kan derhalve niet goed uitmaken of dit een paniekreactie is of een doordacht verzoek. Hij weet evenmin of er al eerder over euthanasie is gesproken, en kan niet goed inschatten of hij hier te maken heeft met een familie die de zaak wat loopt te pushen, of juist met mensen die het hoofd redelijk koel houden.

Wat het nog lastiger maakte, is dat je moeder ondertussen zo uitgeteld was dat zij hem niet als eerste kon uitleggen wat ze dacht en wilde. Nu beschreef jij namens haar de situatie, maar die waarnemer moet natuurlijk in de eerste plaats uitzoeken wat je moeder wil en dat wil hij uit haar eigen mond horen. Artsen zijn soms bang dat de familie teveel op euthanasie aanstuurt. Wat *jij* zegt dat ze wil, hoort hem een rotzorg te wezen. De zaak had anders gelegen als ze op dat moment daadwerkelijk onbekwaam was geweest om te spreken. Dan had jij hem namelijk die

volmacht kunnen laten zien, en dán haar verhaal kunnen doen.

Maar goed, het draaide in dit stadium niet direct om euthanasie, maar om het feit dat je moeder niet meer tegen de situatie was opgewassen en dat ze soms zei dat ze dood wilde. Jullie wilden vooral een terzake kundig advies wat jullie nu moesten doen en je vroeg hem wat gebruikelijk is in dit soort situaties. Dat lijken me doenlijke vragen, ook in zo'n ongelukkige situatie.

Wat ten slotte niet hielp was 's mans vooroordeel. Jullie zaten daar in je dagelijkse plunje, rokend en wel, en je taalgebruik is direct en recht voor z'n raap. Die arts trok daar onterecht conclusies uit. Je vertelde later dat hij jullie met een dédain behandelde als waren jullie de familie Flodder zelve. Al waren jullie de familie Flodder geweest, ook de Flodders hebben recht op een arts die ze serieus neemt.

> Dit schoot dus niet op. Op een gegeven moment hebben we besloten om een briefje bij de huisarts in de bus te doen met daarin het verhaal en het verzoek om ons alsjeblieft, ondanks zijn vakantie, toch te bellen en te helpen. Mijn zus, Charlotte en ik als helden erheen. Het klinkt gek, maar dat doe je dus niet zomaar. Komen we daar aan, zit-ie in de huiskamer. Dan is het natuurlijk nog maar een kleine stap om aan te bellen.
>
> Zo gedaan, en hij ging meteen mee naar de spreekkamer. Wij het verhaal nog 's uitgelegd. Hij had mijn moeder een dag of tien daarvoor nog gezien en het is in die dagen zo hard gegaan dat hij een totaal verkeerd beeld had van de situatie van dat moment. Hij zei dan ook dat het nogal een toestand zou worden, 'want met morfine krijg ik 'r niet dood.' Daar moesten

dus andere, sterkere spullen aan te pas komen. Die je normaal gesproken alleen bij je eigen apotheek kan bestellen die natuurlijk ook in het weekend dicht is. De enorme papierberg die daarvoor geproduceerd moest worden was ook nog eens geen kattepis dus ook niet à la minute voorhanden.

Daarvóór nog eerst de 'second opinion'. Hij was het met ons eens dat dat in principe de weekendarts kon zijn omdat die geen behandelend arts is. Maar die moest dat dan natuurlijk wel willen. (Die waarnemer had overigens nog niets van zich laten horen, dus die nam ons werkelijk niet erg serieus. Zondag heeft hij trouwens mijn vader nog gebeld met het lulverhaal dat hij de huisarts niet had kunnen bereiken terwijl wij toen allang met hem hadden gesproken. Verbieden dat soort gasten!)

Kortom, in het weekend moet je niet dood willen.

Gaandeweg raakte het accent verschoven, begrijp ik? Want nu gaat het wél over euthanasie, of althans de huisarts bereidde de procedure voor: hij sprak over een second opinion. Anderzijds: als je moeder eenmaal begint te zeggen dat ze dood wil – ook indien ze het woord euthanasie daarbij niet expliciet gebruikt – is dat wellicht verstandig, zeker gezien de tijd die de procedure nog in beslag kan nemen.

Overigens mag de arts die de second opinion geeft, nu juist níet de waarnemer zijn. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) schrijft in haar jaarverslag over 2000 dat, om de schijn van subjectiviteit te vermijden, 'de consultgevende arts, de uitvoerende arts [in dit geval: de huisarts] en de forensisch geneeskundige niet uit dezelfde

waarneemgroep en/of huisartsengroep afkomstig mogen zijn'.[1] Als uit de papieren blijkt dat dit wel het geval is geweest, neemt de toetsingscommissie contact op met alle betrokken artsen en waarschuwt ze dat voortaan niet meer te doen. Volharden ze daar niettemin in, dan worden ze gerapporteerd aan de inspectie. Jullie huisarts wist dat kennelijk niet? 't Is toch vrij cruciaal, zeker voor hemzelf…

> Hij gaf nog wel aan dat hij ruim de tijd moest nemen voor zoiets en dat dat dus niet diezelfde dag kon (dat hadden we zelf ook al bedacht) en dat dus de eerste gelegenheid maandag- of dinsdagavond zou kunnen zijn. Ik heb hem gevraagd of hij in ieder geval even langs wilde gaan om, al was het maar tien minuten, even met haar te praten en haar iets te vertellen over 'dat eraan gewerkt werd', maar dat we het toch over het weekend heen moesten tillen om zoveel mogelijk moeilijkheden te vermijden.
>
> Wat weet jij trouwens van het horrorverhaal (niet van hem) dat er op een zeker moment 'de politiearts' zoals ze dat noemen namens het OM komt om ter plekke (hoe is dat in godsnaam mogelijk) obductie te verrichten?

Ik begreep later dat je dit verhaal hebt gehoord van iemand die zelf te maken had met een stervend familielid, en die links en rechts inlichtingen had ingewonnen. Laat me je geruststellen: dit is een indianenverhaal. Ja, als er euthanasie verricht is, moet de huisarts dat meteen melden en komt er zo snel mogelijk een schouwarts langs – wat nog iets anders is dan een politiearts, want daarbij denk je meteen aan een patholoog-anatoom en, inderdaad, aan obductie of sectie. Een schouwarts is een gewone arts die

namens het Openbaar Ministerie komt kijken hoe de situatie is. Hij schouwt de overledene, 'neemt die op'. Dat wil zeggen dat hij kijkt hoe iemand erbij ligt, het lichaam oppervlakkig onderzoekt en nagaat of er uiterlijke tekenen zijn die erop wijzen dat er iets anders aan de hand was dan euthanasie. Hij neemt de ingevulde papieren van de arts aan, spreekt eventueel met de familie, en brengt rapport uit aan het Openbaar Ministerie, of, na de invoering van de nieuwe euthanasiewet, aan de regionale toetsingscommissie. Dat is alles. Er vindt geen sectie plaats, niet thuis en niet elders. Tenzij het Openbaar Ministerie denkt een misdaad op het spoor te zijn, uiteraard.

> Hij zei dat hij uiteraard aan het eind van de middag [zaterdag] langs zou komen. Dat deed hij. Mijn moeder weer meest slapend en ik had de indruk dat hij zich een slag in de rondte schrok van de verslechtering. Hij heeft wat met haar gepraat over relatief koetjes en kalfjes en kwam tenslotte to the point. Ze vertelde weer dat ze niks meer kon en niet meer wilde. Hij gaf nog ter overweging dat het ook mogelijk was om zich erbij neer te leggen dat ze niks meer kon en dat het dan misschien toch nog leuk was om, al was het maar momenten, bij de mensen te zijn waar ze van hield. Dat hadden we al eerder geprobeerd en zelfs dat kon haar niet meer motiveren.
>
> Hij zei dat hij zondag nog even zou bellen hoe het ging. Dat heeft hij gedaan en hij zei toen dat als ze het écht wilde, we dan maandagochtend vroeg moesten bellen zodat hij de spullen kon bestellen bij de eigen apotheek en hij de papierwinkel in orde kon maken. De avond bepalen was dan het laatste obstakel.

Wat je moeder hier zegt – niet meer willen, en dat zelfs jullie gezelschap haar niet meer kon motiveren – is helder. Ze wilde dood. En die uitspraak, uit haar mond, is voor de huisarts voldoende grond om de procedure in gang te zetten. De huisarts had hier moeten vragen wat Anne nu precies wilde: meer morfine en dan langzaam wegzakken, of heel specifiek euthanasie.

De apotheker moet er, zodra het op euthanasie aankomt, inderdaad ook bij worden betrokken, zij het vooral uitvoeringstechnisch. Huisartsen hebben euthanatica gewoonlijk niet op voorraad en moeten die bij de apotheek bestellen, en ook daar zijn regels voor. Bovendien weet de apotheker meestal beter dan de huisarts welk euthanaticum geschikt is. Soms moet de apotheker de samenstelling van het middel aanpassen, bijvoorbeeld als iemand al langere tijd pijnstillers heeft gekregen. Een farmacoloog is beter op de hoogte van zulke nuances dan een huisarts.

Uit de aanbevelingen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP): '*Het verzoek tot afleveren* van een euthanaticum dient schriftelijk plaats te vinden. Het verzoek moet duidelijk zijn en voldoen aan de eisen die ook aan een Opiumwetartikel worden gesteld. Op het "recept" moet dus zijn aangegeven dat het middel gebruikt zal worden voor levensbeëindiging. […] *Het besluit tot afleveren* van een euthanaticum kan pas worden genomen nadat tijdig overleg heeft plaatsgevonden tussen de betrokken arts(en) en de apotheker. [...] *De aflevering* van een euthanaticum dient uitsluitend door de apotheker rechtstreeks aan de arts plaats te vinden.'[2]

De huisarts moest dus met de apotheker zelf spreken, wat in het weekend lastig is, want dan zijn er meestal alleen apothekersassistenten bereikbaar.

Zaterdag nadat de huisarts weg was heb ik mijn moeder gevraagd of ze opgelucht of teleurgesteld was dat er geen 'harde beslissingen' genomen waren of zelfs (dat kon natuurlijk niet maar dat doet er even niet toe) dat er niets gebeurd was.

Ze was eigenlijk wel opgelucht. Dat zette ons natuurlijk weer op het verkeerde been, want wat wilde ze nou? Een paar uur later werd het allemaal weer slechter en heb ik haar nog eens dezelfde vraag gesteld. Toen was het antwoord: 'Teleurgesteld.' Ik heb haar gevraagd of ze nog wist (door de morfine die ze vanwege de pijn al een tijdje continu kreeg toegediend met behulp van pleisters, was ze soms behoorlijke stukken geheugen kwijt) dat ze een paar uur daarvoor opgelucht was. Dat wist ze nog en dat wás toen ook zo, zei ze, maar dat was toen ze zich heel even iets beter voelde en nu was het weer zoals altijd: slecht.

We werden behoorlijk heen en weer geslingerd en probeerden er op allerlei manieren achter te komen wat ze nu werkelijk wilde. Op een gegeven moment gaf ze ook aan geen tijdstip af te willen spreken, maar dat ze wel dood wilde. Charlotte en ik hebben geprobeerd uit te leggen dat áls we een tijdstip zouden afspreken ze tot een zeker moment altijd zou kunnen stoppen, maar dat je niet de huisarts kan bellen met het verzoek nu meteen te komen.

De zondag overleggend doorgebracht. Ze wilde gaan, maar geen tijdstip afspreken. Het werd er niet eenvoudiger op.

Charlotte beschreef het me later zo: je moeder zag euthanasie aanvankelijk, in de eerste maanden van haar ziekte, als een acceptabele oplossing: de maakbare dood. De wetenschap dat ze zelf kon beslissen luchtte haar op, omdat dat haar het gevoel gaf dat het sterven daarmee hanteerbaarder werd. Daarnaast was het een manier om haar angst voor de pijn in te dammen: als het al te erg werd, kon haar immers een nooduitgang geboden worden. Maar toen ze in die laatste paar dagen om het einde begon te vragen en haar duidelijk werd dat daar een hele organisatie aan vastzat, met afspraken en al, deinsde ze terug. Het werd allemaal te definitief, te concreet.

Daarnaast vond ze de gedachte dat ze stipt op, bijvoorbeeld, kwart over zeven 's avonds iets zou krijgen om te sterven, onverdraaglijk: het zou die laatste dag voor haar verzuren en hem griezelig maken in plaats van rustig. Ze zou met angst en beven naar dat tijdstip toeleven, vreesde ze. Charlotte gelooft dat ze op dat moment heel erg naar de dood verlangde maar tegelijkertijd het allerliefst wilde dat die haar zou verrassen. Maar dan wel graag een beetje snel.

Als het er zo met iemand voorstaat – en geloof me, Anne is daar zeker niet de enige in – kun je als arts een ander voorstel doen. Je laat de gedachte aan euthanasie vallen, want dat is klaarblijkelijk niet echt wat ze wil; en haar wil staat voorop, dáár draait alles om, om niks anders. Wat je dan kunt vragen is wat ze ervan zou vinden om te proberen de dood te bespoedigen door de pijnbestrijding op te voeren. Op die manier komt het einde soms iets sneller en met minder pijn, echter zonder zo concreet te worden als bij euthanasie het geval is. Er komt geen vast

tijdstip aan te pas, en er is niet één bepaalde handeling waardoor het sterven ingezet wordt. Ze kan dan hopen op een verkorting van haar lijden zonder de laatste paar uur in de voorafschaduwing van een afgesproken tijdstip te hoeven leven. Maar het heeft ook nadelen: je wordt heel suf van al die morfine, op het laatst ben je amper nog aanspreekbaar, en het is absoluut niet gezegd dat je er inderdaad sneller door sterft. Soms leven mensen juist langer wanneer de morfine steeds opgehoogd wordt, omdat ze rustiger worden.

Maar ja, in Annes geval zou meer morfine geven waarschijnlijk op 'sjoemeleuthanasie' neerkomen. Want zoveel pijn hád je moeder immers niet: de morfine die ze kreeg, volstond voor dit moment. En je mag de dosis officieel alleen dan verhogen als de pijnbestrijding voorop staat en het sneller overlijden een soort 'onontkoombare bijzaak' daarvan is. Zodra het bespoedigen van de dood hoofddoel wordt, hoor je alsnog de koninklijke weg te bewandelen en netjes de euthanasieprocedure te doorlopen, met papieren en al.

Zelf vind ik het niet zo heel verwerpelijk, dat sjoemelen. Zolang iemand maar zelf zegt dat hij weg wil zakken vind ik het bizar om vol te houden dat alles uitsluitend volgens vaste procedures moet verlopen. Je moeder staat voorop, niet de procedure.

> Maandag aan het eind van de ochtend zou de huisarts weer langskomen. Hij vertelde ons toen dat het zonder enige actie nog maximaal een week zou duren voor ze zou sterven. Mijn moeder heeft dat niet echt meegekregen, maar drong wel steeds meer aan op een spoedig einde zonder griezelige afspraken en zonder te

weten dat die en die dag haar laatste zou zijn. De huisarts twijfelde wat en gaf nog aan dat er altijd nog de volmacht was. Ik (als eerste gevolmachtigde) gaf aan daar absoluut geen gebruik van te gaan maken zolang mijn moeder, al was het dan niet veel en vaak, nog enigszins aanspreekbaar was en zelf aan kon geven wat ze wilde.

Hij deed toen het volgende voorstel en ik heb het idee dat dát nou net de praktijk van alledag weergeeft.

Naast de morfinepleisters die ze al had stelde hij voor om morfinezetpillen voor te schrijven. Hij twijfelde nog wat en schreef een recept uit voor één zetpil om de vier uur. Hij zei daar echter nadrukkelijk bij *haar er niet één maar twee te geven* per vier uur. Dat mag dan waarschijnlijk niet op een recept en daar kan ik me wel wat bij voorstellen. Hij zei dat dat niet acuut dodelijk zou zijn, maar wel de zaak zou bespoedigen. Het zou dan niet nog een week duren maar slechts twee of drie dagen. Dat was een oplossing waar voor iedereen, met name mijn moeder die een groot deel van het verhaal ontging, mee te leven was. Om maar eens wat kromspraak te gebruiken.

Dat jullie het een goede oplossing vonden, kan ik me voorstellen. Het klinkt precies naar wat je moeder wilde: zich laten verrassen door de dood en toch betrekkelijk snel sterven. Als het werkt, tenminste. Zoals ik zei is het helemaal geen uitgemaakte zaak dat je bij meer morfine ook altijd sneller dood gaat.

Maar die huisarts… Je vertelde dat je heel sterk de indruk had dat jullie 'gematst' werden en dat hij zich in

bochten wrong om je moeder toch nog te helpen. Maar ik werd woedend toen ik dit las.

Hij had in elk geval de procedure kunnen starten, bijvoorbeeld door een afspraak te maken voor een bezoek van een arts voor de second opinion. Je moeder sprak inmiddels heel vaak over sterven en werd steeds minder ambivalent. Mocht ze dan eenmaal besluiten, dan was een deel van het voorwerk tenminste al gedaan, en dat zou de inwilliging van haar verzoek zeker met een dag kunnen bekorten. Daarnaast, en los daarvan, mag de huisarts als je moeder veel pijn heeft, de morfine ophogen.

Maar morfine ophogen zuiver om haar dood te krijgen mag hij eigenlijk niet, dat is gesjoemel. Hij had blijkbaar al eerder dat weekend met die gedachte gespeeld, toen hij zei 'met morfine krijg ik 'r niet dood.' Hij kan er eenvoudig mee wegkomen, dat is het punt niet. Niemand, ook de apotheker niet, zal zijn wenkbrauwen optrekken bij een verhoogde dosering morfine voor een kankerpatiënt en daar iets raars van denken. En niemand zal na afloop beweren dat je moeder niet voldoende pijn had om die hogere dosis te rechtvaardigen. Pijn is immers subjectief.

Artsen weten dat dit niet hoort, en toch leek het hier een goede oplossing. Wat te doen? In plaats van jullie dat dilemma voor te leggen liet hij het daadwerkelijke sjoemelen aan jullie over, met zijn expliciete instructies om de voorgeschreven dosis onderhands te verdubbelen – en dat zonder jullie in te lichten over de mogelijke consequenties voor jezelf.

De huisarts kan zich een leugen om bestwil permitteren en kan zich professioneel en juridisch eenvoudig indekken. *Maar jullie niet*. Hij heeft jullie

gevraagd iets te doen wat strafbaar is, zonder dat erbij te vertellen. Hij durfde de verantwoordelijkheid voor het ophogen van de morfine niet te nemen en weigerde zijn eigen beleid op papier vast te leggen, intussen tegen jullie zeggend dat je de dosis maar moest ophogen... Wat is dat voor een misse lafheid? Hij liet jullie de hete kolen uit het vuur halen. Dat is laf en aanmerkelijk onprofessioneler dan sjoemeleuthanasie. Als de tuchtraad ervan zou weten, zou hij ongenadig op de vingers worden getikt.

Stel je voor wat er gebeurd zou zijn als er later gedonder was ontstaan? Jullie mogen je moeder onder geen beding meer geven dan op het recept staat. Neem het hypothetische geval dat er later ruzie in de familie was ontstaan – ik weet ook wel dat dat bij jullie niet aan de orde is, maar je moet het aantal families waar na iemands dood de pleuris uitbreekt niet onderschatten –, ruzie over de erfenis, over god weet wat, en een van je zussen zou uit wraak naar de politie zijn gestapt met het verhaal dat jullie je moeder met een overdosis morfine het hoekje om hebben geholpen? Daar zou een politieonderzoek uit kunnen voortvloeien met alle gruwel van dien: verhoren, verklaringen afleggen, noem maar op. En wie garandeert je in dat geval dat de huisarts de mondelinge instructies die hij jullie gaf, eerlijk zou hebben opgebiecht? Als hij nu al bang was, hoe zou hij zich in geval van nood hebben gehouden?

Of om een minder extreem voorbeeld te kiezen: de huisarts schreef een vast aantal morfinepillen voor, één per vier uur, zes per dag. Daar zouden jullie via deze stiekeme manier van doen derhalve in de helft van de tijd doorheen zijn. Wat nu als je moeder fysiek robuuster was dan hij had

aangenomen en de voorraad op zou zijn geraakt terwijl je moeder nog leefde? Je had met een nieuw recept naar de apotheek gemoeten. Dan had die apotheker wél zijn wenkbrauwen opgetrokken. Volgens zijn gegevens hadden jullie immers nog ruim voldoende in huis. De apotheker zou aangifte hebben kunnen doen.

> Het ging rapper dan hij dacht. Om 12.30, om 16.30 en om 20.30 hebben we haar de pillen gegeven. Om 20.45 was ze dood.
>
> Met name Charlotte heeft het daar in het begin heel erg moeilijk mee gehad. Mijn moeder kon niks meer dus hadden we op een gegeven moment een maniertje bedacht dat ik haar ondersteunde en dat Charlotte dan de zetpil erin deed.
>
> Het was dus een logisch gevolg om dat bij de bewuste sessie zetpillen ook zo te doen. Ik heb er geen seconde zo over gedacht, maar voor Lot was het even het daadwerkelijk doodmaken van haar schoonmoeder. We hebben erover gepraat uiteraard en ik heb haar mijn gevoel verteld. Namelijk dat we niets anders deden dan het uitvoeren van de wens van mijn moeder. Als ze het zelf nog kon had ze het zelf gedaan. Pas toen kon Lot er vrede mee hebben.

Een van de (vele) redenen waarom euthanasie zo gedetailleerd is geregeld, is omwille van de zorgvuldigheid: je wilt niet alleen paniekreacties en overhaast ingrijpen voorkomen, maar ook dat er schuldgevoelens, verwijten of strafbare situaties ontstaan. Nu blijken jullie alsnog in precies die situatie verzeild te zijn geraakt juist door het optreden van de huisarts. Het is zijn taak om het sterven van je moeder zoveel mogelijk te begeleiden en te

verzachten, en zeer zeker niet om jullie tot de uitvoerders van haar sterven te maken. Hij had dit niet moeten doen. De man is halfhartig en laf geweest, heeft zijn problemen op jullie schouders gedumpt, en met zijn stiekeme instructies heeft hij jullie in een akelig parket gebracht.

Wat me verder verontrust, is dat uit je verhaal blijkt dat alle artsen waarmee jullie te maken hadden, gesprekken over euthanasie en sterven koste wat het kost leken te vermijden, ook onderling. En als het toch aan de orde kwam, deden ze er vreselijk besmuikt over: van grappen over afluisterapparatuur tot aan recepten waarmee de hand moest worden gelicht. Die vermijding suggereert dat (in elk geval deze) artsen euthanasie als een half illegale praktijk benaderen, als iets smoezeligs, iets wat heimelijk moest gebeuren. Ze ontrekken zich op die manier aan hun eigen verantwoordelijkheid, terwijl ze juist door dat gedrag jullie risico's in de schoot hebben geworpen.

Wat er nu is gebeurd, is dat de huisarts je moeder de last van het sterven heeft ontnomen en die vervolgens linea recta bij jullie heeft geparkeerd. Dat is niet alleen verwijtbaar, maar vooral ook onnodig en tragisch.

Een later ik

Veel mensen vrezen vergaande aftakeling en een langzame, ontluisterende gang naar de dood. En veel mensen hebben maatregelen genomen die ten doel hebben zichzelf dat lot te besparen. Ze hebben gespecificeerde niet-behandelverklaringen opgesteld, waarin ze vastleggen dat ze niet gereanimeerd willen worden in geval van zus, of niet medisch behandeld in geval van zo, en dat als ze eenmaal dement zijn, ze bijvoorbeeld niet willen dat hun longontsteking met antibiotica bestreden wordt.

Veel mensen hebben voorts een euthanasieverklaring getekend waarin expliciet wordt gezegd dat ze dood willen, mochten ze gaan dementeren. Ze willen het verlies van hun helderheid simpelweg niet moeten hoeven meemaken. Dementie is bij uitstek een gedegen argument om op voorhand zo'n verklaring te tekenen. Dementie sluipt immers onaangekondigd en stiekem je leven in, en zodra je het begint te merken is het al te laat: niemand durft nog goed op je woorden te vertrouwen, en zelf weet je vandaag niet altijd meer wat je gisteren gezegd hebt. Beter is het om van tevoren te zeggen wat je wensen zijn en waar je grenzen liggen.

Zulke wilsverklaringen geven een zekere mate van rust over je toekomst: je hoeft geen kasplant te worden, niemand kan je lichaam dan nog verplichten door te leven wanneer je geest allang vertrokken is, wanneer je een schil zonder inhoud bent geworden.

De gedachte aan euthanasie past bovendien wonderwel bij die van de maakbaarheid van het leven die de laatste decennia opgang heeft gemaakt. Euthanasie suggereert dat je de regie houdt over je eigen leven, al was het maar door zelf de grens te kunnen stellen van wat je leefbaar en doenlijk acht en door zelf het moment van je dood te kunnen bepalen. Anderen stellen daarentegen dat euthanasie wordt aangegrepen uit angst voor de dood en past binnen een instantcultuur, waar alles vlot en meteen en wel nu moet gebeuren, en waarin we zelfs de tijd niet meer nemen om rustig te sterven.

Of het nu uit voorzorg, angst of hang naar controle en maakbaarheid is: euthanasie wordt in Nederland door de overgrote meerderheid geaccepteerd en gewenst. Tachtig procent van de Nederlanders onderschrijft het recht op euthanasie. En elk jaar worden er meer verzoeken om een zachte dood gedaan, waarvan ongeveer een derde wordt ingewilligd. In 1997 werden 9700 verzoeken gedaan; 3200 daarvan werden uitgevoerd.

Het is te billijken dat een deel van de verzoeken tot euthanasie wordt afgewezen. Soms volstaat het om meer aan pijnbestrijding te doen. Soms helpt het om iemand moed in te spreken. Soms blijkt dat er meer genezing mogelijk is dan mensen dachten. Soms is een arts het wel met het verzoek eens maar durft hij de uitvoering ervan juridisch niet aan. Soms kan een arts euthanasie niet met zijn persoonlijke moraal in overeenstemming brengen. En wie bent u, wie ben ik, om te vergen dat iemand iets moet doen – een ander doden – waarvoor hij tegen zichzelf moet ingaan? (Zelf vind ik dat een gewetensbezwaarde arts zijn patiënt verplicht moet doorverwijzen, maar helaas

levert juist dat regelmatig problemen op, zeker in kleine plaatsen, waar vaak maar één huisarts is.)

Bovenal: euthanasie is geen verzoeknummer. Zodra je een ander mens bij je dood betrekt, of dat nu een arts is of niet, heeft die zijn eigen verantwoordelijkheid en mag hij zijn hulp weigeren als hij het verzoek niet terecht acht. Artsen hebben zich tevens te bezinnen op de eventuele juridische consequenties van hun medewerking; ze kunnen zich nooit slechts als instrument gedragen, als waren ze de simpele uitvoerder van andermans wil. Artsen hebben zich te allen tijde te vergewissen van de doordachtheid van zo'n verzoek.

♦

Maar juist dat zich vergewissen blijkt een nieuwe valkuil te zijn. Talloze mensen hebben in het afgelopen decennium bij hun volle verstand en naar eer en geweten duidelijk te kennen gegeven dat, mochten ze dement raken en niet langer goed bij zinnen zijn, zij absoluut euthanasie willen ondergaan. In 1998 werd voor het eerst becijferd dat als iemand inderdaad eenmaal dementerend of anderszins moeilijk aanspreekbaar is geworden, artsen zelden daadwerkelijk euthanasie durven uit te voeren, ook al ligt er een ondertekende en gedetailleerde euthanasieverklaring.

In opdracht van de Katholieke Bond van Ouderen voerde de Wetenschapswinkel van Utrecht een onderzoek uit naar dementie en euthanasie.[1] De vraag luidde 'of er reden was voor onrust onder ouderen over hun rechtspositie en rechtsbescherming als zij niet langer

wilsbekwaam zijn, bijvoorbeeld door dementie of door een herseninfarct. Ouderen wilden weten wie er dan over hun leven beslist.' Nu, er bleek reden te over voor onrust. Verzoeken van inmiddels wilsonbekwaam geworden mensen worden massaal afgewezen: per jaar leiden zo'n 4500 schriftelijke verklaringen en 2000 mondelinge verzoeken niet tot enige ingreep. Dat betekent dat deze mensen precies in die situatie zijn beland die ze eerder hebben willen voorkomen en aan hun lot overgeleverd zijn. Ze moeten in de stilte van hun hoofd, in hun verwarring, vlagen van helderheid op de koop toe nemend, wachten tot hun lichaam de geest geeft.

Waarom? Omdat artsen zich niet kunnen vergewissen van de weloverwogenheid van het verzoek *op het moment dat de vrager er volgens zijn eigen definitie aan toe is*. Een wrede cirkelredenering treedt op: je wilde voorkomen dat je ooit in een situatie van dementie zou komen te verkeren en derhalve tekende je, na uitgebreid intern beraad, een euthanasieverklaring. Zodra je de tekenen begint te vertonen van wat je vermijden wilde, moet de arts zich vergewissen van je doordachte wens om te sterven, maar dat kan hij (zowel juridisch als gesprekstechnisch) niet langer, omdat je inmiddels dementerend bent. Wie dementerend is, heet 'wilsonbekwaam' of 'niet beslissingsbekwaam' te zijn. Je kunt je eerder vastgelegde en meegedeelde verzoek niet meer rationeel en in overleg herhalen of bevestigen, en voor zover je dat wel kunt, doet het er niet meer toe: je bent immers niet meer gerechtigd beslissingen over je eigen dood te nemen.

Wettelijk gezien is dat overigens een curieuze manoeuvre, die juridische wilsonbekwaamheid. Wie dement is, mag nog steeds beslissen of hij twee of drie boterhammen wil hebben en welke kleren hij die dag aan wil. Wie dement is, wordt zijn bankrekening niet ontnomen, noch wordt zijn stemrecht ingetrokken, en belasting moet je ook blijven betalen. Als al zulke alledaagse burgerrechten en -plichten blijven bestaan, waarom wordt het recht om over je eigen dood te beslissen dan als enige uitgezonderd?

De oude euthanasieregeling die op 1 november 1998 van kracht werd, negeerde het probleem als volgt: 'Een grote en nog groeiende groep mensen heeft een euthanasiewens "voor het geval dat". Hun verzoek is toekomstgericht: als zij om een of andere reden in een situatie terecht komen die zij nu als ondraaglijk en uitzichtloos bestempelen (bijvoorbeeld verlamd en van hun spraak beroofd na een hersenbloeding), willen zij euthanasie. Omdat zij dan niet meer in de gelegenheid zijn daar bewust om te vragen, hebben ze nu vast hun euthanasieverzoek op schrift gezet of daar met hun huisarts over gepraat. De nieuwe regeling gaat uitsluitend over de verzoeken om euthanasie van mensen die (nog) bij hun volle bewustzijn zijn.' Dit fragment komt uit een overheidsbrochure die nota bene de titel draagt *Euthanasie – een bespreekbaar onderwerp* (uitgevoerd in stemmig zwart met grijstinten).[2] Hoe wrang geformuleerd. Bespreken, best, maar consequenties eraan verbinden? Ho maar.

Aangezien de wettelijke status van een eerder afgegeven wilsverklaring volstrekt onvoldoende was, durfde geen arts zijn handen aan de kwestie te branden. Dat

maakte demente mensen tot de gijzelaars van onzekere artsen en, vooral, van een lafhartig kabinetsbeleid.

In de nieuwe euthanasiewet, die vermoedelijk eind 2001 van kracht wordt, is een voorzichtige tegemoetkoming aan dementerende mensen gemaakt door eerder vastgelegde wilsverklaringen zwaarder te laten wegen: 'Aan een schriftelijke verklaring wordt dezelfde status toegekend als aan een mondeling verzoek om levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding, ongeacht of de patiënt nog in staat is zijn wens kenbaar te maken aan de behandelend arts. De zorgvuldigheidseisen zijn hierbij uiteraard van overeenkomstige toepassing.'[3]

De valkuil in de formulering is echter evident: onderdeel van de huidige zorgvuldigheidseisen is dat je je verzoek in alle helderheid moet herhalen, en dat de arts zich ervan dient te vergewissen dat je vraag consistent en duurzaam is. Dat nu is een opdracht waaraan demente mensen amper kunnen voldoen. Wat zij zeggen, wordt uit de aard der zaak zelden als duurzaam beschouwd, en de arts ziet zich derhalve gesteld tegenover een vat vol tegenstrijdige verlangens: er ligt een oud verzoek op papier enerzijds, en er zit een bijwijlen warrige patiënt anderzijds die soms op letterlijk elke vraag zonnig 'ja' knikt en pal daarna somber zegt dat hij dood wil. Hoe strikt de toetsing van de nieuwe wet op dit punt uitvalt, staat nog te bezien. Ook al omdat het in geval van dementie niet altijd eenvoudig valt vast te stellen dat er sprake is van ondraaglijk (geestelijk) lijden.

De wrangheid van dit alles is dat het in geval van kanker of aids wel is toegestaan om in je toekomst in te grijpen en om latere situaties die je nu als ondraaglijk

beschouwt, te voorkomen. Sterker nog, juist door je euthanasieverzoek waarborg je dat er geen 'later ik' is dat hoeft te lijden en een pijnlijke of trage dood moet afwachten. Maar een later ik dat mentaal instort, geniet nog steeds amper bescherming tegen de wreedheid een leven te moeten leiden dat het niet wilde, tegen de verplichting daar te moeten geraken waar het nimmer wilde zijn en waartegen het zichzelf met voorbedachten rade trachtte te beschermen.

Het is de hoogste tijd dat de wilsverklaring een goede wettelijke status krijgt, en dat het aantonen van 'ondraaglijk lijden' bij dementie – net als bij coma – misschien niet het voornaamste criterium is. Men wil niet zijn wat men is geworden: een vegetatief wezen. Dát is de crux. Nu wordt iemands wil in geval van dementie nog te vaak uitgewist, in tweeërlei zin. En anders moet er straks weer een dappere arts de kolen uit het vuur halen.

Dogma's

Falend recht

Mevrouw B weigerde medicijnen, at en dronk nog amper en kwam haar bed niet meer uit. Ze woonde sinds twee jaar in een christelijk Amsterdams verzorgingstehuis, zorgcentrum De Open Hof. Mevrouw B was vierentachtig, had ernstige hart- en vaatproblemen en, zoals ze telkens maar zei, ze wilde niet meer. Ze nam steeds meer morfinepleisters voor haar doorligplekken, ook al wist ze terdege dat dit haar dood kon bespoedigen.

Op 3 februari 1997 raakte mevrouw B in coma; ze lag in foetushouding in bed. Soms werd ze wakker en dan gilde ze luid en hartverscheurend. De huisarts schreef haar valium voor, maar het verzorgingstehuis diende die haar niet toe, zo bleek een dag later. Diezelfde huisarts schreef haar op 4 februari luminal voor om haar rustig te laten slapen en verwachtte eigenlijk dat ze die nacht niet zou halen. Ook de luminal kreeg mevrouw B niet toegediend van de verpleging, zonder dat de huisarts hiervan op de hoogte werd gesteld..

De volgende ochtend, toen de huisarts terugkwam, leefde mevrouw B tot zijn verbazing nog. Ze lag in haar eigen vuil: de verpleging durfde haar niet meer te wassen of te verschonen uit vrees dat dat haar dood zou betekenen. Haar dochters, die de hele nacht bij mevrouw B hadden gewaakt, vertelden de huisarts met afgrijzen hoe hun moeder met diepe doorligwonden in haar uitwerpselen lag, en zeiden geheel overstuur 'dat je zo toch

nog geen hond laat doodgaan'. De kamer stonk naar rottend vlees en ontlasting. Het sterven was ingezet: op mevrouw B's huid waren de lijkvlekken al zichtbaar, en ze reageerde nergens meer op.

De huisarts wilde overleggen met de zorgmanager van het verpleegtehuis, maar die bleek onvindbaar te zijn. Uiteindelijk besloot de huisarts, in overleg met haar dochters, om mevrouw B een spierverslapper (alloferine) te geven en daarmee het stervensproces met enkele uren te bekorten. Mevrouw B stierf kort daarna. De huisarts stelde een verklaring van natuurlijk overlijden op. Het was 5 februari 1997.

Het is een extreem tragisch, maar in zijn essentie geen ongewoon verhaal. Al in 1991 constateerde de commissie Remmelink (net als Van der Maas en Van der Wal in 1996 deden) dat elk jaar vermoedelijk zo'n duizend mensen overlijden doordat hun daadwerkelijke doodsstrijd bekort wordt; sindsdien wordt aan hen gerefereerd als 'de Duizend van Remmelink'. Het gaat in vrijwel alle gevallen om mensen bij wie de vitale functies onomkeerbaar aan het uitvallen zijn, die ernstig lijden en die hun wil niet meer kenbaar kunnen maken.

De commissie Remmelink betitelde zulk ingrijpen als 'stervenshulp' en constateerde dat deze hulp behoorde tot het ;onomstreden en normaal medisch handelen', en sprak van situaties waarin 'actief ingrijpen door de arts veelal onontkoombaar is ten gevolge van de stervensnood van de patiënt. […] In de mensonterende omstandigheden waarin de patiënt zich bevindt wordt de arts geplaatst in een situatie van overmacht.'[1] De British Medical Association schreef al in 1993 dat dergelijke stervenshulp

in de meeste landen als normaal wordt aanvaard,[2] ook in die waar elke vorm van euthanasie verboden is. Het Nederlandse artsenblad *Medisch Contact* betitelde zulk verhaasten van de nabije dood in een recent hoofdredactioneel als 'terminale sedatie' en schaart stervenshulp onder de definitie van 'natuurlijke dood': pijn- en symptoombestrijding vallen in dit stadium immers niet meer van levensbeëindiging te onderscheiden, en zo ongeveer alles wat een arts kan doen om de pijn of de symptomen te verlichten, leidt meteen ook tot de dood.[3]

Minister Els Borst van Volksgezondheid stelde in een interview dat ook zij stervenshulp tot normaal medisch handelen rekende: 'Van mij mag nog wel eens worden vastgelegd dat we stervenshulp, net als het staken van een behandeling, tot normaal medisch handelen rekenen.' Tevens situeerde zij stervenshulp in het stadium ná dat waarin nog van euthanasie sprake kan zijn: 'Een arts die aan één of meer criteria voor euthanasie niet heeft kunnen voldoen, moet een beroep kunnen doen op een noodsituatie. Stond hij aan een sterfbed waar iemand zo leed dat hij helpen moest? Dat is overmacht, en heeft met euthanasie niets te maken.'[4]

♦

Wat wél ongewoon aan het verhaal was, is dit: het christelijke verzorgingstehuis De Open Hof – dezelfde instantie die mevrouw B de voorgeschreven valium en luminal weigerde te geven en dat niet aan de huisarts meedeelde, dezelfde instelling die haar niet meer verschoonde, die de huisarts niet waarschuwde toen de

verpleging haar volgepoepte beddengoed niet langer durfde te verwisselen, en wier zorgmanager onbereikbaar was, ook al lag mevrouw B te sterven en waren haar dochters in paniek – deed kort daarop aangifte tegen de huisarts in kwestie, Wilfred van Oijen.

Van Oijen werd uiteindelijk door het Openbaar Ministerie vervolgd wegens moord. De officier van justitie eiste negen maanden voorwaardelijke gevangenisstraf tegen hem. Vier jaar na de dood van mevrouw B, op 21 februari 2001, kreeg Van Oijen door de rechter een voorwaardelijke boete van vijfduizend gulden opgelegd. Het feit dat hij een verklaring van natuurlijk overlijden had getekend, werd hem zwaar aangerekend: de rechtbank oordeelde dat dit valsheid in geschrifte was. En hoewel de rechtbank enerzijds vond dat Van Oijen 'integer' en 'zorgvuldig' had gehandeld, achtte zij hem anderzijds schuldig aan moord omdat hij zich niet aan de geldende regels voor euthanasie had gehouden.[5]

Dat laatste is ontegenzeglijk waar. Van Oijen had geen tweede arts geraadpleegd, mevrouw B had niet duidelijk gezegd dat ze euthanasie wilde,[6] en Van Oijen had een verklaring van natuurlijk overlijden ingevuld, geen euthanasieformulier. Maar dit *was* ook geen euthanasie: mevrouw B was op het moment dat Van Oijen alloferine toediende, al aan het doodgaan. En euthanasie is pertinent iets voor de fasen daarvoor; euthanasie is bedoeld om te voorkomen dat iemand ooit in een situatie zoals die van mevrouw B belandt.

Stervenshulp heeft niets met euthanasie uit te staan, het woord komt noch in de meldingsprocedures voor, noch in het wetboek van strafrecht. Stervenshulp wordt

gewoonlijk als natuurlijke dood aangemerkt en geen arts die het meldt, juist omdat er geen enkele verplichting daartoe bestaat. Stervenshulp behoort niet simpelweg tot het juridisch domein:. Het is een algemeen geaccepteerde medische handeling die ten doel heeft een wreed verlopend stervensproces waarbij de vitale functies het al begeven, te bespoedigen. Om het met minder jargon te zeggen: het gaat om ingrijpen als iemand letterlijk ligt te creperen.

De rechtbank vond echter, in een aanval van strafrechtelijke dogmatiek en redenerend binnen een binair denkraam, dat datgene wat geen euthanasie kon zijn dús moord moest wezen. Van Oijens handelen is op verkeerde gronden beoordeeld: alsof elke dood die niet uitsluitend op eigen kracht intreedt, meteen onder euthanasie moet worden geschaard en volgens die regels dient te worden uitgevoerd en beoordeeld.

Paul Rijksen, directeur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunde (KNMG), stelde na dit vonnis onomwonden dat 'voor ons als een paal boven water staat dat Van Oijen volstrekt integer, naar eer en geweten heeft gehandeld'. Hij bekritiseerde de rechtbank in boze, teleurgestelde bewoordingen: 'Deze zaak, dat is nu net het soort levensbeëindiging waar de hele euthanasiediscussie om begonnen is. […] Ons strafrecht is te arm aan instrumentarium voor dit soort zaken.'[7] Ook het Regionaal Medisch Tuchtcollege, dat zich al eerder over de kwestie had gebogen, had slechts een milde waarschuwing uitgesproken (het college meende dat Van Oijen er een tweede arts bij had moeten halen), en oordeelde dat Van

Oijen zich uitsluitend had laten leiden door het belang van de patiënte en dat het hier om het begeleiden van een stervende ging.[8]

In de zomer van 2001 ontstond overigens een kleine internationale rel juist over het cruciale verschil tussen stervenshulp en euthanasie. Moge dit voorval de rechtbank die Van Oijens hoger beroep behandelt, tot lering strekken. Het weekblad *Vrij Nederland* publiceerde in juli 2001 een interview met de Franse minister van Volksgezondheid, Bernard Kouchner, die eerder arts was en medeoprichter van Artsen zonder Grenzen. Volgens *Vrij Nederland* zei Kouchner in dat interview dat hijzelf, toen hij als arts in Libanon en Vietnam werkzaam was, diverse malen euthanasie heeft uitgevoerd. Dat was een saillante uitspraak, gezien het feit dat euthanasie strafbaar is in Frankrijk.

De publicatie leidde tot veel commotie in de Franse pers. Kouchner wees *Vrij Nederland* publiekelijk terecht: het blad had hem 'slecht begrepen. Het ging om stervensbegeleiding,' zei hij, en hij vervolgde: 'Een eind maken aan het leven van iemand die ontzettend lijdt, en voor wie geen medicamenten of behandeling beschikbaar zijn [...], heeft niets te maken met het debat over euthanasie.' Kouchner bleek mensen 'op de rand van de dood hoge doses morfine te hebben gegeven om een eind te maken aan hun lijden.'[9] Kouchner heeft gelijk: dat is stervenshulp, geen euthanasie.

♦

De commissie Remmelink pleitte tien jaar geleden al voor een wettelijke erkenning van stervenshulp, een voorstel dat indertijd van de hand werd gewezen uit angst het euthanasiedebat te vertroebelen. Tom Schalken, hoogleraar strafrecht en indertijd lid van de commissie Remmelink, zei vlak na Van Oijens veroordeling dat hij die voorzichtigheid van toen inmiddels een grote fout acht, waarvan Van Oijen nu het slachtoffer is geworden. 'Het doel was van het begin af aan dat rond het levenseinde zorgvuldige beslissingen zouden worden genomen. Níet om artsen voor de rechter te slepen als het enige wat ze gedaan hebben, het met een paar uur verkorten van het sterven is. We moeten geen criteria opdringen aan een situatie waarvoor die criteria niet bedoeld zijn. Dan keert het recht zich tegen zichzelf.'[10]

Eerder al, in een commentaar op de huidige euthanasiewet, toen nog in het stadium van wetsontwerp, had Schalken zich sterk verontrust betoond over de overmatige aandacht voor het melden van euthanasie, alsof het papierwerk belangrijker zou zijn dan de betrachte zorgvuldigheid en alsof de weergave van de werkelijkheid van groter belang is dan iemands daadwerkelijke handelen.

De rechtbank die Van Oijen veroordeelde, mag zich Schalkens profetische kritiek terdege aantrekken, zeker gezien het feit dat diezelfde rechtbank expliciet stelde geen aanmerkingen te hebben op Van Oijens zorgvuldigheid. Schalken: 'Als de arts niet meldt, komt hij in de onredelijke positie dat hem moord in de schoenen geschoven wordt. Waarom? Omdat volgens het wetsontwerp alleen de arts die meldt niet strafbaar is. Dat

is volslagen belachelijk. Het niet-melden en het onzorgvuldig handelen bij euthanasie zijn twee heel verschillende dingen. Die moet je gescheiden houden, terwijl ze in het wetsontwerp in elkaar zijn gevlochten. Stel: een politieambtenaar maakt gebruik van zijn vuurwapen. Dat is hij verplicht te melden. Maar als hij dat niet doet, wil dat toch niet zeggen dat hij ten onrechte geschoten heeft? Dat is absurd.'[11]

♦

De geschiedenis rond de Duizend van Remmelink – die terzijde werden geschoven om de totstandkoming van een euthanasiewet niet in de weg te staan – herhaalde zich tien jaar later, tot veler verdriet.

Een twintigtal prominente leden van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie drong er kort na Van Oijens veroordeling op aan dat de nvve Van Oijen zou steunen in zijn beroep tegen het in hun ogen absurde vonnis. 'Wij menen dat [deze] huisarts onder druk van dwingende omstandigheden zijn plicht als medicus heeft gedaan, namelijk sterven verkorten waar er geen andere weg meer was om het sterven te verlichten. Het kan niet zo zijn dat op basis van een regeling voor euthanasie normale stervenshulp onmogelijk wordt gemaakt en zelfs leidt tot de kwalificatie "moord",' stond in de toelichting op de betreffende motie.[12]

De voorzitter van de nvve, Jacob Kohnstamm, verzette zich heftig tegen de motie. De nvve houdt zich alleen bezig met levensbeëindiging op verzoek, argumenteerde hij; en dit gaat niet over euthanasie. De

tegenwerping luidde natuurlijk dat Van Oijen is veroordeeld *alsof* hij euthanasie had gepleegd, en dat daarmee het gedachtegoed rond euthanasie is misbruikt om een internationaal geaccepteerde medische praktijk als moord te bestempelen.

Doorslaggevend bezwaar van de NVVE om Van Oijen te steunen – en daar zit hem de pijnlijke herhaling van de geschiedenis – was dat zij het moment inopportuun achtte om deze zaak aan te kaarten. Een paar weken na Van Oijens veroordeling, op 10 april 2001, zou het wetsontwerp euthanasie immers in de Eerste Kamer worden behandeld. De NVVE vreesde de oppositie tegen de wet aan te wakkeren als zij Van Oijen zou steunen en durfde geen enkel risico te nemen. Om de euthanasie te winnen, liet de NVVE de stervenshulp vallen, net als in 1991 in de Kamer gebeurde toen de Duizend van Remmelink uit de wetsvoorstellen werden geweerd.

Dat de regels rond euthanasie nu zijn misbruikt om Van Oijens handelen als moord te diskwalificeren, zou zowel politici als NVVE-bestuurders zorg moeten baren. Je wilt helemaal geen euthanasiewet als die je aan de ene kant afneemt wat hij je aan de andere kant schenkt. Als de euthanasiewet medisch geaccepteerde stervenshulp verhindert en zorgvuldig handelende artsen tot moordenaars bestempelt, is er iets grondig mis. Dan keert het recht zich tegen zichzelf, zoals Schalken dat zo gloedvol zei. Handelingen die overal tot de normale medische praktijk behoren, zijn nu strafbaar gemaakt. Was het niet de bedoeling dat de euthanasiewet artsen veiligheid zou bieden, en patiënten een milde dood?

De grote leugen

In een tweede *cause célèbre* betoonde het Openbaar Ministerie zich al even star en streng, hetgeen kenners het akelige gevoel geeft dat de nieuwe wet, ook al heeft die tot doel om een zorgvuldige praktijk te consolideren, eerder tot meer veroordelingen (en derhalve tot minder meldingen) zal gaan leiden.

Oud-senator Edward Brongersma was oud, volkomen vereenzaamd, opgebrand en der dagen meer dan zat. Vrienden had hij nog amper en maatschappelijke functies waren voor hem niet langer weggelegd: zijn hartstochtelijke pleidooi van een paar decennia terug voor de acceptatie van verhoudingen tussen kinderen en volwassenen hadden hem in het huidige klimaat waar pedofielen liefst linea recta en voor eeuwig opgesloten moeten worden, tot een outcast gemaakt. In 1986 werd Brongersma patiënt bij een nieuwe huisarts, Philip Sutorius.

In 1991 (hij was toen 79) zette Brongersma een correspondentie op met professor Huib Drion over de mogelijkheid aan de zogeheten 'pil van Drion' te komen. Hij wilde namelijk zo vreselijk graag zelf kunnen beschikken over zijn dood en zag in Drions pil een waarborg daartoe. In juli 1993 schreef Brongersma ook zijn huisarts zo'n brief. In 1996 deed Brongersma een zelfmoordpoging, die faliekant mislukte.

Begin maart 1998 sprak hij uitgebreid met Sutorius en vertelde hem hoe hij zijn fysieke aftakeling vreesde en zijn leven als zinloos ervoer. Hij had enorm geaarzeld met

de huisarts te spreken, juist omdat hij die niet belasten wilde en hij liefst zelf zeggenschap over zijn dood had. Sutorius vertelde hem dat hulp bij zelfmoord onder stringente voorwaarden mogelijk was. Dat gesprek luchtte Brongersma enorm op, maar die verlichting was zeer tijdelijk van aard. Een paar dagen later liep hij alweer met zelfmoordplannen rond, wat hij Sutorius liet weten.

Sutorius voerde in totaal acht gesprekken met Brongersma over diens doodswens en haalde er een psychiater bij om hem te onderzoeken. De psychiater verklaarde Brongersma daarna geestelijk gezond en stelde dat diens doodswens overtuigend was. Sutorius vroeg vervolgens Wassenberg, een huisarts wiens opvattingen over euthanasie en hulp bij zelfmoord als betrekkelijk streng bekendstaan, om met Brongersma te spreken. Ook Wassenberg concludeerde dat Brongersma's wens doordacht, duurzaam en consistent was, en gaf Sutorius z'n fiat. Op 22 april 1998 tenslotte gaf Sutorius Brongersma een dodelijk middel dat Brongersma zelf opdronk. Sutorius meldde daarna volgens de regels aan justitie dat hij hulp bij zelfmoord had verleend.

In een eerdere zaak over het verlenen van hulp bij zelfmoord, het Chabot-arrest van juni 1994, heeft de Hoge Raad vastgesteld dat 'de oorzaak van lijden niet afdoet aan de mate waarin dit wordt ervaren.'[13] Een arts mag ook dodelijke medicijnen voorschrijven als het niet om ernstig fysiek maar ernstig psychisch leed gaat; een consistente doodswens hebben in combinatie met in een uitzichtloze situatie verkeren, is voldoende. Wel moet er aan stringente voorwaarden worden voldaan: er dient vastgesteld te worden dat er geen geestelijke aandoening speelt die de

doodswens veroorzaakt (zoals een vitale depressie), het moet vaststaan dat de patiënt 'uitbehandeld' is, en minstens één psychiater moet de patiënt zelf zien. Aan al die vereisten voldeed de zaak Brongersma.

Het Openbaar Ministerie begon niettemin een strafrechtelijk onderzoek en besloot daarna vervolging tegen Sutorius in te stellen wegens het verlenen van hulp bij zelfmoord. De eis: drie maanden voorwaardelijke gevangenisstraf. Op 30 oktober 2000 sprak de rechter Sutorius volledig vrij, in een uiterst gedecideerd en helder vonnis.

> Naarmate het lijden een meer psychische component bevat zal een zorgvuldiger toetsing door de rechter van het handelen van de arts dienen plaats te vinden. De mate waarin het lijden wordt ervaren door betrokkene zelf, zal door de rechtbank als uitgangspunt worden genomen. […] Verdachte heeft uitdrukkelijk verklaard dat hij eerst op het verzoek tot hulp bij levensbeëindiging is ingegaan nadat hij zich ervan had overtuigd dat er sprake was van een voor hem, als arts, invoelbaar ondraaglijk lijden door Brongersma. Brongersma leed aan het leven en snakte naar het einde, aldus de verdachte. In de brief van Brongersma van 21 maart 1998 is te lezen dat betrokkene een obsessie had hoe hij een einde aan zijn leven kon maken; zijn vrienden en bloedverwanten waren overleden, hij ervoer dag na dag de zinloosheid van zijn lege bestaan. Het enige dat hem restte was de dood en hij schreef dat de dood hem schijnbaar had vergeten. […] Hij leed onder zijn invaliderende aftakeling op lichamelijk vlak, sociaal vlak en hij leed hier psychisch onder. Hij leed onder het gebrek aan zinvolheid van zijn bestaan en aan het

> gebrek aan kwaliteit van zijn leven. De aftakeling was onomkeerbaar en daarmee niet behandelbaar.[14]

Het Openbaar Ministerie stelde hoger beroep in: Sutorius moest kennelijk koste wat kost hangen. Vlak voor aanvang van het hoger beroep verklaarde het Openbaar Ministerie bij monde van advocaat-generaal Egbert Myjer dat het OM niet zozeer op een straf voor Sutorius uit was als wel op een schuldigverklaring op zich: justitie wil schijnbaar simpelweg niet – ondanks het Chabot-arrest – dat hulp bij zelfdoding in situaties als die van Brongersma wordt getolereerd.

Uit de berichtgeving bleek dat Myjer rechtstreeks in opdracht van minister van Justitie Benk Korthals handelde. 'Het kabinet vindt, in algemene zin, dat iemand die geen levenswil meer heeft, niet de gereguleerde mogelijkheid moet hebben zijn leven door een arts te laten beëindigen,' aldus de minister.[15] Anders kom je, zo lichtte Myjer op de rechtszitting toe, uit bij de omstreden pil van Drion.[16] Die uitspraak van Korthals over 'het kabinet' dat daartegen zou zijn, dient overigens met een korrel zout genomen te worden. Nog geen week eerder had minister Borst van Volksgezondheid in een interview gezegd dat zij níet tegen de pil van Drion was.[17]

Het hoger beroep in de zaak Sutorius diende op 24 april 2001. De rechtbank kwam er vermoedelijk niet goed meer uit en besloot op 8 mei 2001 dat zij het onderzoek heropende en nieuwe getuige-deskundigen wenste te horen, met name over de vraag of een arts mag ingrijpen als er geen fysieke oorzaak voor lijden valt aan te merken.[18]

Het is onduidelijk wanneer de uitspraak kan worden verwacht.

♦

Of een arts ook mag ingrijpen als er geen fysieke oorzaak voor iemands lijden is, is echter een achterhaalde vraag. In het Chabot-arrest van 1994 is reeds vastgesteld dat psychisch lijden onder stringente voorwaarden reden kan zijn om hulp bij zelfmoord te accepteren. En al in het Schoonheim-arrest van 1984 is bepaald dat 'ontluistering' een geldige reden voor euthanasie kan vormen: toen oordeelde de Hoge Raad dat 'steeds verdergaande ontluistering en het vooruitzicht om niet meer op waardige wijze te kunnen sterven' een geldige grond voor euthanasie kunnen vormen.

Zoals Eugène Sutorius, neef van de betreffende huisarts en advocaat in veel euthanasiezaken, zei: 'Sinds het Schoonheim-arrest van 1984 zijn de begrippen "uitzichtloos" en "ondraaglijk lijden" ook altijd mede als mentale processen gedefinieerd. De laatste tijd doen we ineens of het meewegen van die mentale processen een noviteit is, maar dat is absoluut niet terecht.'[19]

Minister Korthals van Justitie had dan ook apert ongelijk toen hij naar aanleiding van de kwestie Brongersma publiekelijk stelde dat 'iemand medische klachten [moet] hebben om voor euthanasie of hulp bij zelfmoord in aanmerking te komen.'[20]

Deze misleidende voorstelling van zaken, gevoegd bij Korthals' expliciete opdracht aan het Openbaar Ministerie om hoger beroep in te stellen nadat Sutorius

was vrijgesproken, laat slechts één conclusie toe. Korthals probeert, net als minister van Justitie Hirsch Ballin eerder in 1993 en 1994 deed, de grondslagen voor euthanasie en hulp bij zelfmoord te vernauwen en bestaande jurisprudentie ongedaan te maken. Hirsch Ballin wilde euthanasie slechts toestaan aan zieken die al in een terminaal stadium verkeerden, Korthals wil een psychische grondslag voor het verlenen van legale hulp bij zelfmoord uitbannen en is als de dood voor de pil van Drion.

♦

Niet alleen heeft Philip Sutorius zich aan de nauw omschreven voorwaarden van het Chabot-arrest gehouden, ook was er ontegenzeggelijk sprake van ontluistering in de zin van Schoonheim. Sutorius heeft er in de publiciteit nooit veel nadruk op gelegd en heeft, heel chic en dapper, zichzelf er nimmer mee trachten vrij te pleiten, maar Brongersma kreeg steeds meer last van hinderlijke en soms gênante kwalen: hij had last van ernstige evenwichtsstoornissen en van incontinentie. Vooral dat laatste vond hij uitermate vernederend. Die kwalen waren niet de voornaamste reden waarom Brongersma dood wilde – zijn hoofdmotief was zijn grote eenzaamheid, zijn ouderdom en zijn algehele uitputting –, maar zijn fysieke achteruitgang maakte hem wel degelijk angstig. Die was de voorbode van de nabije afhankelijkheid en onttakeling, een steeds dichterbij komende toestand die de trotse Brongersma met afgrijzen vervulde.

Wat Sutorius zelf betreft, het meest tragische aan de slepende zaak tegen hem is dat de man zich heel

eenvoudig had kunnen indekken, maar dat uit onschuld of eerlijkheid niet heeft gedaan. Er is regelmatig sprake van een 'grote leugen' rond de dood van oude mensen, een leugen die transparant werd toen huisarts Frank-Pieter Wibaut in de openbaarheid trad door middel van een publicatie in *Medisch Contact*.

In zijn artikel wees Wibaut op de willekeur van het Openbaar Ministerie. Hij opende zijn bijdrage met de stelling dat 'de juridische afhandeling van hulp aan patiënten die 'klaar met leven' zijn van geval tot geval [varieert]: soms wordt geen enkele actie ondernomen, soms dreigt veroordeling wegens moord. Kennelijk tast Justitie de grenzen af tussen stervenshulp, euthanasie en moord.'[21] Wibaut beschreef in zijn bijdrage de omstandigheden van twee gevallen waarin hijzelf 'hulp bij zelfdoding aan niet-zieke bejaarden die door lichamelijk verval en verlies van partners "klaar met leven" waren' had verleend.

Die twee zaken speelden zich af in precies dezelfde periode als waarin Sutorius Brongersma had geholpen, maar in tegenstelling tot Sutorius was Wibaut van alle rechtsvervolging ontslagen. Willekeur, derhalve.

Nauwgezette lezing van Wibauts artikel en bestudering van de overlijdensaktes van zijn twee patiënten maakt echter duidelijk waarom hij niet vervolgd werd. De eerste patiënt was hoogbejaard, zwaar verlamd en afatisch. Dat is het soort fysiek lijden waar het Openbaar Ministerie dol op is en dat euthanasie en hulp bij zelfmoord vrijwel altijd rechtvaardigt. In het geval van de tweede patiënt, eveneens hoogbejaard, was er geen sprake van een groot en aanwijsbaar fysiek feilen, maar Wibaut gaf in zijn

dossier tal van kleine dingen aan: ze raakte immobiel, haar gezichtsvermogen ging achteruit, het rondscharrelen op haar kamer kostte haar steeds meer moeite, ze viel telkens. Wibaut somde al deze kleine feilen uitgebreid op, compleet met medische terminologie.

Dat nu is de Grote Leugen. Zoals je vroeger pas kon scheiden als er sprake was van bewezen overspel en beide echtgenoten daarom op voorhand afspraken dat zij de rechtbank een leugen om bestwil zouden vertellen om zo hun huwelijk ontbonden te kunnen krijgen, is er nu een grote leugen werkzaam bij hulp bij zelfmoord bij ouderen. De arts die een imposante lijst aandoeningen kan opnoemen – zelfs al zijn dat aandoeningen die iedereen boven de vijfenzestig qualitate qua heeft – gaat vrijuit. De arts die zich daar niet op beroept, omdat zulk feilen niet het wérkelijke motief vormden, krijgt het Openbaar Ministerie op zijn dak. Als Sutorius in zijn overlijdensrapport en zijn motivering voor zijn hulp bij zelfmoord aan Brongersma nu maar veel -itussen en -oses had genoemd (voor de hand liggend in Brongersma's geval waren minstens geweest: myopathie, myasthenia gravis, osteoporose, artritis, multiple incontinentie en vertigo) was er niets gebeurd.

Sutorius is voor de rechtbank beland vanwege zijn eerlijkheid. Dát is zijn tragedie, en daarmee werkt het Openbaar Ministerie de grote leugen in de hand.

Levensmoeheid en poortwachters

In de zaak Brongersma en in discussies naar aanleiding van de zogeheten pil van Drion voor ouderen wordt telkens het begrip 'levensmoeheid' gebruikt als een situatie of beleving die een rechtvaardiging zou kunnen vormen voor hulp bij zelfmoord. Maar, zoals Brongersma's huisarts zei: 'Dat begrip [levensmoeheid] dekt deze zaak totaal niet. Wij werken niet met deze term omdat we niet eens weten wat het is.'[1]

De misvattingen over de term levensmoeheid zijn van dien aard dat je er beter aan doet hem te laten vallen. Het gaat níet om oude mensen die een 'dipje' hebben, een week lang in mineur zijn of die gedeprimeerd zijn. Het gaat zelfs niet alleen om ouderen. Het gaat om mensen die een consistent en innig doodsverlangen hebben, om mensen die simpelweg niet meer willen leven – bijvoorbeeld vanwege hun ouderdom, vanwege hun uitgeblustheid, vanwege verliezen die ze niet langer kunnen of willen dragen, of vanwege een overmaat aan geestelijke pijn, zonder zicht op verbetering.

♦

Met betrekking tot oude mensen heeft euthanasiedeskundige Hans van Dam in dit verband het begrip 'onthechting' geïntroduceerd,[2] het loskomen van het leven. Onthechting is een fenomeen dat vooral voorkomt bij hoogbejaarden: het leven zegt hun weinig tot niets meer, ze voelen zich niet meer gebonden, ze achten

zich nader bij de dood dan bij het leven, en zelfs de mensen en dingen waarom ze geven, raken hen niet echt meer. Van Dam legt een relatie tussen deze onthechting enerzijds en het betrekkelijk nieuwe fenomeen van hoge ouderdom anderzijds: dankzij de goede gezondheidszorg kunnen mensen tegenwoordig enorm bijzonder worden, iets wat we mogelijkerwijs mentaal niet zo goed aankunnen en waar we als soort waarschijnlijk niet op berekend zijn. Van Dam opperde de mogelijkheid dat onthechting een voorafschaduwing is van de dood – een dood die, ten gevolge van die goede zorg, lang niet altijd optreedt waar hij eens natuurlijk was.

Feit is dat veel oude mensen hetzij nu al niet meer willen leven, hetzij met zorg vervuld zijn over hun nabije toekomst: met een steeds moeizamer functionerend lichaam, inclusief alle afhankelijkheid die daardoor in hun leven sluipt, zonder maatschappelijke bezigheden, vrezend al licht dement te worden, en met een steeds kleiner wordende kring van intimi om zich heen. En hun aantal zal naar verwachting toenemen. Niet alleen omdat we gemiddeld steeds ouder worden, maar ook door de vergrijzing. Wat vijftig jaar geleden een geboortegolf was, is over twintig jaar een grijze golf geworden. En juist deze mensen hechten, meer nog dan de generatie die nu al boven de zeventig is, veel waarde aan hun zelfstandigheid en aan een gezond en actief leven, en zij zijn bovendien grootgebracht in de traditie dat zijzelf zeggenschap kunnen houden over hun eigen leven en keuzes.

Misschien zal die aankomende grijze golf niet in dezelfde mate 'onthechtingsverschijnselen' vertonen als de huidige generatie hoogbejaarden, wierp een vriend tegen.

Mogelijk zijn zij beter dan de huidige generatie hoogbejaarden voorbereid op de ouderdom en beter in staat hun oude dag zinvol in te vullen. Ze zijn minder geneigd tot het leven in familieverband en meer ingesteld op het inkopen van de juiste zorg, op het organiseren van vriendschappen en netwerken, op het zoeken en vasthouden van bezigheden. Die kans bestaat, dat geef ik grif toe. Maar dat laat onverlet dat hoge ouderdom een genetisch bepaald effect kan hebben en dat lichamelijke veroudering mentale onthechting kan veroorzaken.

Een vergelijkbare onthechting als waarvan hoogbejaarden vaak getuigen, tref je aan bij mensen die door ziekte de dood dicht zijn genaderd. In zulke gevallen wordt het verschijnsel meestal betiteld als 'aanvaarding' of 'overgave'. Waar je je eerder oriënteerde op verbetering, op hoe dan ook verder willen leven, vechtend voor herstel, maakt die strijd gaandeweg plaats voor berusting en voor het uitzien naar de dood. Ronald Giphart beschrijft in *Ik omhels je met duizend armen* de typische verandering die zijn moeder, die al vrijwel volledig verlamd was door multiple sclerose en nu plots ook haar spraak verloren had, doormaakte toen ze wist dat haar dood (door euthanasie) nabij kwam. Alles waar ze vroeger over streed en kibbelde, verdween vrij abrupt naar de achtergrond. Zijn moeder werd blijmoedig, betoonde zich vredig en opgelucht en was – zeker in vergelijking met haar vroegere, opstandige zelf – bijna meegaand te noemen.

> Als ik mensen vertel over de euthanasie van mijn moeder, dan vermoeden ze dat dit "zware weken" zijn geweest. Zelf had ik, maanden ervoor, ook gedacht dat we ons met vochtige ogen door de dagen zouden

> wringen. De werkelijkheid was echter dat de weken tussen de schupp [een *Schub* is een plotselinge verergering van de ziekte, KS] en het spuitje zeer ontspannen waren. Toen mijn moeder eenmaal tot rust was gekomen en we haar de hoogtepunten van haar leven voorschotelden, konden we alleen maar verwonderd vaststellen dat deze weken, vergeleken met de jaren daarvoor, een soort vakantie waren: het was duidelijk & definitief. En het was goed zo.

Over de dag waarop de euthanasie zou plaatsvinden, schrijft Giphart:

> Lotti was de hele dag opmerkelijk lief & vrolijk. Ze zat ons voortdurend glimlachend aan te kijken, en bij alles wat we deden knikte ze ons welwillend toe. Phileine zei in de keuken: "Het lijkt wel of ze dronken is, zo lang zo aardig heb ik haar nog niet meegemaakt." Dimitri [de huisarts], die op voorhand even kwam checken of alles goed ging, legde uit dat dit volkomen normaal was: "Ze heeft het besluit genomen. Haar kan, al klinkt dat wat vreemd, niets meer gebeuren."[3]

Opmerkelijk is de paradox dat de wetenschap dat haar dood niet veraf meer was, Lotti hielp die laatste weken tot een feest te maken. Ze kon de dingen die haar alsnog in de schoot geworpen werden pas als een feest gaan beschouwen toen ze wist dat haar lijden snel voorbij zou zijn. Alleen onder die conditie woog haar fysieke ellende niet meer zo zwaar als voorheen. Ook dat is een vorm van onthechting: klaar zijn met leven, uitzien naar de dood en het einde omhelzen.

Ten derde is er onthechting in de vorm van zichzelf afwenden van het leven omdat dat te pijnlijk is, vaak gemakzuchtig aangeduid als 'opgeven'. Er zijn nogal wat mensen die al jarenlang met hetzelfde psychische probleem kampen – depressie, verlies, beschadigd zijn – en die, wat ze ook proberen, er maar niet overheen komen. Via de nieuwsgroepen over zelfmoord op internet heb ik talloze mensen leren kennen die al tien jaar of langer tegen hun depressie strijden, die werkelijk alles hebben gedaan wat ze is aangeraden en wat er aan mogelijkheden is: diverse soorten antidepressiva, allerlei vormen van therapie, inclusief shocktherapie, herhaaldelijke opname in een psychiatrisch ziekenhuis – en het helpt maar niet.

Ze zijn, zoals dat zo plat heet, 'therapieresistent'. Het enige waarop ze kunnen hopen, is tijdelijke verlichting, maar telkens weer vallen ze terug, steeds dieper, en hun gevoel van persoonlijk falen neemt met elke val toe. Ze zijn diep wanhopig en kunnen zelden nog iets vinden wat permanent verlichting biedt. Een aantal van hen heeft een geliefde en goede contacten met vrienden en familie, maar ook dat baat niet: anderen kunnen nooit het gat in jezelf vullen. Het is vooral de huiver hun intimi te verdrieten die hen aan het leven bindt, niet het leven zelf.

En tenslotte zijn er mensen met onoverkomelijke levenspijn. Ooit zijn ze diep getraumatiseerd en ze kunnen zich, hoezeer ze dat ook willen, van die ervaring niet ontdoen. In de loop der jaren heb ik de meest akelige verhalen mijn scherm zien passeren, ik schrik niet meer zo snel (waarbij ik in het midden laat of dat nu een goede zaak is of een slechte). Waar ik echter maar niet aan kan wennen, is de hoeveelheid mensen die suïcidaal zijn

geworden vanwege vormen van misbruik en mishandeling die ze in hun jeugd hebben moeten doorstaan. De verhalen zijn hemelschreiend. Vaders die hun dochter wekelijks verkrachtten en haar hebben afgericht om zich als een hond te gedragen. Kinderen die vrijwel dagelijks door klasgenootjes in elkaar werden geslagen, en ouders die koeltjes zeiden dat ze dan maar beter voor zichzelf op moesten komen. Kinderen die zich op twaalfjarige leeftijd al zo ongewenst en ongelukkig voelden dat ze zichzelf steeds weer van de trap af gooiden, in de hoop dood te gaan of tenminste naar het ziekenhuis te mogen, omdat het ziekenhuis hun voorkwam als een paradijselijk respijt van hun 'gewone' leven.

Een groot deel van de gruwel van zulke verhalen ligt in de onthutsende wetenschap dat er mensen zijn die kinderen vreselijk in de steek laten en – in hun onnadenkendheid of in hun nietsontziend egoïsme – ernstig benadelen. Maar erger nog is het besef van de effecten van zulk gedrag. Veel van deze kinderen zijn opgegroeid tot kapotte volwassenen, mensen die ervan overtuigd zijn dat zij geen geluk verdienen en geen goed kunnen doen. Diep in hun hart zijn veel van hen gaan geloven dat zijzelf niet deugen, dat ze geen liefde waard zijn en dat ze die behandeling van vroeger eigenlijk verdiend hebben.

Hun drama is dat ze de blik van hun daders hebben overgenomen. Diep in hun hart blijft er een stem dooretteren die telkens maar herhaalt dat het hun eigen schuld is, een stem die de stem van de agressor is, en die stem vernielt hun zelfvertrouwen ook nu nog. Ze begrijpen ergens wel waarom ze mishandeld werden, want ze waren

thuis inderdaad ongezeglijk of vielen uit de pas op school… ze verdienden eigenlijk slaag. Papa kon er niet veel aan doen dat hij ze nam, dat hoorde nu eenmaal zo en het was vooral hun fout dat ze het niet konden verdragen, ze hadden liever moeten zijn voor papa. Ze werden terecht gestraft, want ze waren inderdaad geen goede hond, ze morsten altijd bij het slobberen uit hun eetbakjes en maakten zo de vloer vies. Je hart krimpt samen als je het leest.

De grenzeloze tragiek is dat veel van deze kinderen, toen en nu, hun angst en woede tegen zichzelf richten. Ze razen en tieren niet op de daders, maar kleineren in plaats daarvan zichzelf. Ze schreeuwen het niet uit over het onrecht dat hun is aangedaan, maar snijden in hun eigen armen. Ze willen de boosdoeners van toen niet de kop inslaan, maar bedenken wanhopig hoe ze zich van kant kunnen maken. In plaats van de agressors van toen te haten, minachten ze zichzelf. Ze kunnen het leven niet aan. Ze hebben het pleit op voorhand verloren. De dood trekt aan hen; ze hopen er rust te vinden.

♦

Los van de vraag of dergelijke vormen van onthechting een reden kunnen zijn voor artsen om iemand te helpen dood te gaan: met welk recht onthoudt de maatschappij mensen die echt dood willen, hun de mogelijkheden daartoe? Met welk recht eisen wij dat mensen die dat niet willen, verder moeten leven? Net zoals niemand ooit de dood in geduwd mag worden, mag je niemand het leven opdringen.

Een Amerikaans toneelstuk behandelt juist deze kwestie. Het stuk draait om Ken, een jongeman die door een auto-ongeluk volledig verlamd is geraakt. Als zijn behandelend arts merkt dat Ken van plan is zelfmoord te plegen zodra hij uit het ziekenhuis zal worden ontslagen, wil hij Ken via een rechterlijke beschikking laten opnemen in een inrichting. Voor de rechtbank die over deze gedwongen opname moet beslissen, ontspint zich de volgende dialoog:

> Ken: Ik hou 't er eerder op dat ik al dood ben, en ik beschouw de fervente pogingen van het ziekenhuis om deze schim die mijn leven was in stand te houden, als onterend en onwaardig.
>
> Rechter: Maar u zult het toch met mij eens zijn dat veel mensen met vreselijke fysieke gebreken hun handicap weten te overwinnen, en erin slagen een waardig en zinvol leven te leiden?'
>
> Ken: Oh, natuurlijk! Maar die waardigheid staat of valt met hún keus. Als ik wíl leven, zou het gruwelijk zijn als de samenleving mij dood wil zien. Maar als ik er de voorkeur aan geef om te sterven, is het even gruwelijk als de samenleving mij verplicht door te leven…[4]

Hoewel er soms verbetering optreedt en de depressie of het trauma uiteindelijk wijkt, moet je je ernstig afvragen of je wel van iemand mag eisen dat hij een lijdensweg doorloopt waarvan het einde niet in zicht is, en waarbij bovendien niet te garanderen valt dat er ooit verlichting komt. Mag je werkelijk verlangen dat iemand tien jaar intensieve therapie ondergaat, zich ondertussen geen raad

wetend met zichzelf? In geval van hoge ouderdom ligt de zaak nog scherper: voor wie zich daardoor ernstig belast voelt, *is* er geen oplossing in het verschiet, slechts meer achteruitgang en verval, waarna de dood alsnog komt.

Anders gezegd: waarom zou je mensen niet de keuze laten en de pil van Drion niet accepteren? Waarom is de enige keuze die we mensen laten, stiekem gescharrel met ineffectieve pillen of een gewelddadige zelfmoord in de vorm van verhanging, een sprong uit het raam of voor de trein? Nogal wat mensen zouden enorm opgelucht zijn als zij de beschikking zouden hebben over een middel dat ze te gelegener tijd kunnen innemen; zij wensen zelf, in alle vrijheid, te mogen bepalen waar voor hen de grens van een zinvol leven ligt en wanneer zijzelf vinden dat ze klaar zijn met leven.

In de woorden van oud-professor en voormalig vice-president van de Hoge Raad Huib Drion, sprekend over oude mensen:

> Mijn ideaal is dat oude mensen die op zichzelf zijn aangewezen, naar een arts kunnen lopen – hetzij hun huisarts, hetzij een daartoe aangewezen arts – om de middelen te verkrijgen waarmee zij op het moment dat hun dat zelf aangewezen voorkomt, een eind aan hun leven kunnen maken op een manier die voor henzelf en voor hun omgeving aanvaardbaar is. […]
>
> Het kan zo zijn dat de voor zichzelf zorgende oudere mens het ogenblik ziet aanbreken waarop hij niet meer voor zichzelf kan zorgen, het ogenblik waarop hij een onderkomen zal moeten zoeken in een tehuis waar hij afhankelijk wordt van de zorg van anderen en waar hij tussen uitsluitend ouderen zijn laatste

> levensjaren zal moeten doorbrengen. Het is natuurlijk goed dat er dergelijke tehuizen bestaan […]
>
> Maar veel oude mensen die in zulke tehuizen bejaarde familieleden of vrienden gaan bezoeken, vervult het met een bijna panische afschuw als ze bedenken dat ook zij daar blijvend terecht kunnen komen. Zij hebben slechts één gedachte: als me dát maar bespaard blijft, en in dat 'dat' is niet alleen uitgedrukt de naargeestigheid van dit bestaan, maar ook het verlies van waardigheid.
>
> Waarom zouden zij het dan niet in eigen hand mogen hebben om zichzelf op een aanvaardbare wijze een dergelijk […] levenseinde te besparen? En waarom is hun de rust niet gegund van de wetenschap, dat zij vóórdat het zover is, op het moment dat *zij* dit willen, altijd een dergelijk voor hun eigen gevoel onaanvaardbaar voortbestaan kunnen voorkomen?[5]

Drion pleitte niet voor een simpele fatale pil; de man is slimmer dan dat. Om de kans op misbruik en op impulsief innemen uit te sluiten, stelde Drion een soort tweetrapsraket voor, een combinatiepil: een eerste, op zichzelf onschuldige pil die ter voorbereiding moet worden ingenomen en die dient om de weg te banen voor de tweede pil, die alleen dan effectief is als hij een bepaalde tijdspanne na de eerste wordt geslikt.

Zulke ingenieuze combinaties bestaan inmiddels: technisch is Drions idee thans eenvoudig uitvoerbaar. Door zo'n ontwerp sluit je paniekgebruik ervan uit. Het is eveneens eenvoudig om een soort 'marker' in beide pillen in te bouwen, zodat een simpele test kan uitwijzen hoe iemand om het leven is gekomen. Tevens kan de eerste pil zonder problemen dusdanig worden samengesteld dat de

slikker merkt wat hij heeft ingenomen, zodat hij beide pillen nimmer ongemerkt door een ander kan krijgen toegediend.

(Tegelijkertijd vind ik die angst voor misbruik – in de vorm van een zelfmoordpil die stiekem aan een ander wordt gegeven in een poging een moord te camoufleren – altijd ietwat overdreven. Wie een ander wil vergiftigen, hoeft maar naar het rattengif te grijpen of een ander in zijn slaap een overdosis heroïne in te spuiten. Zulke moorden zijn echter uiterst zeldzaam. De meeste moorden worden met wapens uitgevoerd.)

Drion heeft een afgewogen mening over de risico's van een dergelijke pil. Hij is zich ervan bewust dat het aantal zelfmoorden onder ouderen kan toenemen als zo'n pil er komt – die aantallen zijn overigens al hoog, zeker onder mannen boven de tachtig: die plegen bijna drie maal zo vaak zelfmoord als de gemiddelde bevolking – maar hij vermoedt dat dit niet per definitie het geval zal zijn. Drion gaat er namelijk van uit dat zo'n pil mensen juist in staat stelt minder angstig naar de toekomst te kijken. Van alleen al het bezit van die pil gaat een beslissende geruststelling uit, veronderstelt hij:

> Ouderen vinden het een veilig idee dat ze zelf een einde aan hun leven kunnen maken. Als ik het zelf niet meer kan rooien, en ik moet naar een bejaardentehuis, dan zou ik het zelf ook erg prettig hebben om zo'n pil te hebben. [...] Mensen die nu in paniek uit het raam stappen omdat ze het gevoel hebben in een val te zitten, hebben dan een andere uitweg. Met die gedachte houd je het langer vol.'[6]

Dat is precies het verhaal dat je keer op keer hoort: oudere mensen zeggen in veel toonaarden dat zo'n pil hun het cruciale idee zou geven dat ze het roer in eigen handen kunnen houden en niet overgeleverd hoeven te raken aan de grillen van hun lichaam of van hun verzorgers.

Recent haalde Drion een anekdote aan die dat treffend illustreert, een voorval dat plaatsvond toen hij deelnam aan een discussie over 'zijn' pil: 'Een mevrouw hield een prachtig, bewogen betoog. Ze was bang dat men op oude mensen invloed zou uitoefenen om de pil te nemen. Inderdaad is dat een punt dat grondig bekeken moet worden. Maar daarna stond een andere dame op. Zij zei: "Ik vond het erg mooi wat die mevrouw net vertelde, maar ik zou tóch wel graag zo'n pil willen hebben." En, heel opmerkelijk, toen begonnen alle witte hoofden in de zaal spontaan te applaudisseren.'[7]

Nu vormt een anekdote, hoe sprekend deze ook mag zijn, uiteraard geen sluitend bewijs voor de daadwerkelijke behoefte aan zo'n middel. Een aanzienlijk betere indicatie voor het belang van Drions voorstel is dat zijn idee al meteen na publicatie voor een enorme golf van herkenning zorgde en al snel tot inburgering van de frase 'de pil van Drion' leidde; dat het idee na ruim tien jaar van publieke discussie nog steeds heftige en verlangende pleitbezorgers vindt; en bovenal, dat mensen keer op keer om zo'n pil vragen of aandringen op de ontwikkeling ervan.

♦

Drion beperkte zijn voorstel doelbewust tot oudere en hoogbejaarde mensen. Jongere mensen die 'levensmoe' zijn, sloot hij expliciet van de bedeling van dodelijke middelen uit: 'Als je 75 of 80 bent, weet je praktisch zeker dat het afloopt. De kans op een totaal nieuwe levensfase waarin je nog iets kunt leren, is te verwaarlozen. Ouderen zijn beter in staat te beoordelen of ze echt klaar zijn.'[8]

Voor ouderen is het einde ook zonder zelfmoordpil in zicht. Maar of dat voldoende grond is om zo'n pil slechts aan hen voor te behouden, betwijfel ik. Denk aan de groepen die ik eerder noemde: mensen met psychologische problemen bij wie therapie niet helpt, of mensen die zo diep getraumatiseerd zijn dat ze, zelfs indien therapie succesvol kan zijn, een zo lange weg hebben af te leggen dat de moed ze op voorhand in de schoenen zinkt. Voor zulke mensen is tijd – die mogelijk wonden heelt – geen bondgenoot, maar een vijand. Ze leven immers permanent in een tussentijd.

Bovendien bestaat er zoiets als 'rationele zelfmoord': zelfmoord in afwezigheid van een crisis en niet ingegeven door paniek of een geestesziekte, gebaseerd op een weloverwogen en in vrijheid genomen beslissing. Onderzoek onder psychotherapeuten wijst uit dat bijna allen (88 %) het concept van rationele zelfmoord onderschrijven.[9] De meest genoemde gronden die therapeuten voor een rationele zelfmoord aanvoeren, zijn dodelijke ziekte, ernstige fysieke pijn, gebrek aan levenskwaliteit en een niet-impulsieve afweging van alternatieven. Opmerkelijk is dat naarmate degene die zelfmoord overweegt dichter bij de therapeut staat, in de opgaande lijn van patiënt-vriend-zijzelf, deskundigen meer

geneigd zijn rationaliteit aan de beslissing toe te schrijven. Nog opmerkelijker is dat eenvijfde van de betrokken hulpverleners tijdens zijn beroepsbestaan zelf op enig moment zelfmoord heeft overwogen. Inmiddels heeft de psycholoog Rob Nels zelfs een klinische test ontworpen die meet hoe rationeel iemands zelfmoordplan is: *Dr. Scisors, Death Readiness: Short Clinical Indicator Scale Of Rational Suicide*.[10]

Als deze cijfers kloppen, kan ik geen reden bedenken om een eventuele zelfmoordpil te reserveren voor ouderen. Ook anderen zouden er toegang toe moeten kunnen hebben.

♦

De vraag is hoe. Drion opperde de mogelijkheid dat oude mensen een dergelijke pil van hun huisarts of een daartoe gespecialiseerde arts zouden kunnen krijgen. Afgaande op zijn voorstel – waar hoge ouderdom het enige criterium vormt – zou een paspoort of een ander gecertificeerd document waarop iemands leeftijd staat, daarbij volstaan.

Maar waar trek je de grens? De een zou hem bij tachtig en hoger leggen, de ander vindt dat mensen al op hun zeventigste de beschikking over zo'n pil mogen hebben. De Stichting Vrijwillig Leven bepleit het beschikbaar stellen van middelen voor mensen met een afgewogen doodswens; behoudens een toetsing van iemands verlangen en zijn beschikkingsbekwaamheid, vindt zij dat in principe iedereen toegang tot 'zachte' zelfmoordmiddelen zou moeten hebben. Aan zo'n af te

leggen doodsexamen zitten echter tal van haken en ogen vast.[11]

Zelf zou ik liefst willen dat zulke middelen – in de vorm van een twee- of drieledige combinatiepil – simpelweg voor iedere volwassene in de apotheek te koop zijn. Of je wilt leven, is immers in eerste instantie aan jou, aan niemand anders. Niet alleen hebben mensen het recht om zich het leven te benemen, ze hebben zélfs het recht om dat ten onrechte te doen – net zoals iedereen het recht heeft zich de vernieling in te werken door een verslaving te hebben, er een ongezonde levensstijl op na te houden, onveilige seks te praktiseren, z'n geld te vergokken, zijn gekte uit te meten op *prime time* televisie of gevaarsporten te beoefenen.

De staat hoeft ons niet zo fervent tegen onszelf te beschermen als hij thans doet door dodelijke middelen zoveel mogelijk uit te bannen of door ze uitsluitend via streng gecontroleerde kanalen beschikbaar te stellen. H.M. Kuitert, emeritus hoogleraar theologie, stelde dat probleem heel scherp: '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. En de rechter speelt alleen een rol voor zover er aanleiding zou kunnen bestaan om aan te nemen dat er iets onregelmatigs is gebeurd.'[12]

Een vrije toegang tot middelen om zelfmoord te plegen, zal – zo denk ik samen met Drion – niet snel tot massale sterfte leiden. Ik geloof niet dat zelfmoord per se hard en gewelddadig hoeft te zijn om mensen af te schrikken. Vroeger kon je 'aan het gas gaan liggen', zoals dat heette, en huisde de dood in elke keuken; niettemin

joegen mensen zich niet en masse over de kling. Waarom zou dat nu heel anders zijn? Ieder mens gaat hoe dan ook ernstig bij zichzelf te rade en dient veel angsten en instincten te overwinnen, wil hij zover raken dat hij zelfmoord succesvol kan uitvoeren. En zolang het om twee- of drieledige pillen gaat, is er een goede waarborg tegen impulsieve zelfmoord.

In de praktijk stuit zo'n voorstel waarschijnlijk op te grote weerstanden om ooit reëel te kunnen zijn. Voor zover mensen al zelfmoordpillen voorstaan, is dat meestal in streng gereguleerde vorm, bijvoorbeeld door artsen als buffer op te stellen. Artsen hebben thans als beroepsgroep al de sleutels tot de medicijnkast, ze kennen hun patiënten redelijk goed en zouden die functie wellicht op zich kunnen nemen. Een cruciaal bezwaar echter is dat artsen die rol helemaal niet zo graag willen: niet wanneer het om de ouderen van Drion gaat, en zeker niet voor zelfmoord in het algemeen, of die zelfmoord nu rationeel is of niet. Nogmaals Kuitert: 'De publieke opinie staat helemaal niet afwijzend tegenover de ideeën van Drion. Maar het grote probleem is dat artsen – overigens terecht – vinden dat zij zijn ingehuurd om iets anders te doen, zij willen slechts in noodgevallen mensen uit het leven helpen.'[13]

Een logische consequentie van deze, ook in mijn ogen terechte opstelling is echter dat artsen en apothekers hun monopolie op de medicijnkast moeten versoepelen. Aan het begin van de twintigste eeuw hebben artsen en apothekers, in een duivelse alliantie met moralisten die mensen tegen zichzelf wilden beschermen, het alleenrecht op het verschaffen van geneesmiddelen verworven, inclusief dat op middelen die meer kunnen doen dan

alleen genezen of symptomen verlichten. De enige legale toegang tot alles wat mensen genot, extase, verpozing, verdoving, rust of dood kan brengen – van laudanum (een mix van opium en alcohol), belladonna en seconal via poppers en viagra tot morfine, methadon en heroïne –, loopt tegenwoordig via artsen. Waardoor er prompt een zwarte markt in diezelfde middelen is ontstaan, een handel die zich van niets iets aantrekt behalve van geld.

Misschien is die zwarte markt echter niet zo'n ramp; hij tast dat medicijnmonopolie immers aan. Misschien is het zelfs zaak die zwarte markt te bevorderen, opdat mensen een keuze krijgen en artsen als beroepsgroep niet hoeven worden opgezadeld met een vraag die ze niet willen. Eerder kon je makkelijker aan dodelijk spul komen: er is een periode geweest dat dodelijke slaapmiddelen vrij verkocht werden. Na invoering van het verplichte recept schreef de dokter seconal of laudanum nog geruime tijd betrekkelijk snel voor. Daarnaast was er een levendige zwarte handel in zulke middelen, en iedereen had zodoende wel z'n adresjes.

Natuurlijk betekent een zwarte markt dat de welgestelden, de slimmen en de mensen met geld en goede contacten gemakkelijker aan effectieve middelen kunnen komen en zich eenvoudiger van een zachte zelfmoord kunnen verzekeren dan veel anderen, maar dat verschil geldt altijd. Mensen met intellect en geld zijn altijd beter af (en niemand protesteert tegen het feit dat de middenklasse makkelijker euthanasie kan regelen dan de lagere). Zulke kennis druppelt bovendien gaandeweg naar beneden, zoals kennis en informatie altijd van boven naar beneden vloeien.

Artsen en apothekers hebben zich tot op heden nimmer uitgesproken wanneer de overheid een maatregel neemt om de toegang tot dodelijke middelen te bemoeilijken. Sterker, ze moedigen een dergelijk restrictief beleid aan, of dat nu het tegengaan van de vrije verkoop van medicijnen betreft, het bestrijden van handel in medicijnen via internet, of het uit productie nemen van medicijnen die voor zelfmoord kunnen worden gebruikt. In de loop der jaren zijn allerlei middelen die een weinig gewelddadige en betrekkelijk veilige zelfmoord kunnen waarborgen, systematisch verdreven: laudanum en belladonna zijn niet meer te vinden, seconal, vesparax, depronal en pentobarbituraten worden zelden nog voorgeschreven (en kunnen dus ook niet worden gespaard of zwart verhandeld), palfium, morfine, methadon en heroïne zijn voor niet-geregistreerde gebruikers alleen nog zwart te bekomen.

Als artsen niet willen bemiddelen bij het verkrijgen van zelfmoordmiddelen, is het de hoogste tijd dat zij hun monopolie daarop loslaten en zich uitspreken tegen pogingen andersoortige toegang tot zulke middelen koste wat het kost te beperken. Zij zullen, heel Nederlands, op z'n minst moeten pleiten voor een gedoogbeleid – oftewel een vorm van zwarte handel moeten toestaan, bijvoorbeeld in de vorm van internetverkoop of andere buitenlandse handel – of, liever nog, erop moeten aandringen dat farmaceutische bedrijven een Drion-achtige pil ontwikkelen en dat de overheid die toelaat. Er is immers een duidelijke markt voor.

Laten artsen dat na, dan wordt hun aversie tegen een ontwikkeling waarbij zijzelf in de rol van poortwachter

van de dood worden gecast, licht hypocriet. Je kunt niet tegelijkertijd zowel aan je monopolie vasthouden als je afwenden van de groeiende vraag van mensen naar een enigszins fatsoenlijke dood. Zeker niet terwijl de maatschappij de wens de dood in eigen hand te mogen nemen, in toenemende mate als legitiem bestempelt.

De zachte zelfmoord

'Als zelfdoding mag, waarom mag hulp bij zelfdoding dan niet?'[1] Dit was, zo schrijft psychiater Boudewijn Chabot, de vraag die Netty Boomsma hem op 2 augustus 1991 stelde en waarop hij geen weerwoord had. Netty was vijftig en wilde dood, al vijf jaar lang, vertelde ze hem. Ze had een kapot huwelijk achter de rug en haar twee kinderen waren gestorven: de oudste – haar lievelingszoon – vijf jaar ervoor, door zelfmoord; de jongste aan kanker, drie maanden voor haar eerste gesprek met Chabot. Netty kon niet zonder haar kinderen leven. Ze wilde hulp hebben bij het sterven en kwam daarvoor bij hem.

Na haar motieven, haar geestelijke gezondheid en zijn eigen geweten te hebben onderzocht en na een aantal collega's te hebben geconsulteerd, besloot Chabot haar wens in te willigen. Hij gaf Netty, twee maanden na zijn eerste gesprek met haar, een dodelijke dosis medicijnen. Ze nam die in bijzijn van Chabot en een goede vriendin in en stierf.

Chabot verdedigt zijn medewerking met een beroep op de overeenkomsten tussen fysiek en psychisch lijden. Aanvankelijk staat hij in dubio:

> 'Waarom is dit anders dan ondraaglijk fysiek lijden, weet jij het?" vraagt ze. Daarmee brengt ze me in verlegenheid, want ik weet het niet. […] Mijn dilemma is gelegen in de vraag of geestelijk lijden dat strikt genomen niet op ziekte is gebaseerd, eveneens tot hulp

> bij zelfdoding mag leiden. Die vraag is in de rechtspraak niet eerder aan de orde geweest. Zou het kunnen zijn dat niet de aanwezigheid van een bepaalde ziekte de doorslag geeft, maar of iemand werkelijk en weloverwogen voor zichzelf de dood wenst omdat verder leven in eigen ogen onaanvaardbaar lijden oplevert? Dit betekent voor de beoordeling door de arts dat niet de aanwezigheid van een (psychiatrische) ziekte centraal staat, maar de feitelijke wilsbekwaamheid van de 'patiënt'.[2]

Later concludeert Chabot dat Netty in feite is 'uitbehandeld' en vergelijkt hij haar verzoek met de vraag om euthanasie: 'Ik moet onder ogen zien dat Netty "de dood nabij" is. Op dit punt verschilt zij niet van iemand met een dodelijke ziekte als (uitbehandelde) kanker of aids.'[3]

Nu kunnen er goede gronden zijn voor hulp bij zelfdoding, maar déze vergelijking is misleidend en zet je op het verkeerde been. Euthanasie en hulp bij zelfdoding zijn bedoeld om iemands somatische of psychische ziekte niet tot het uiterste te rekken, ook al zou dat met inzet van medische behandeling en technologie mogelijk zijn. Maar dat is in Netty's geval niet aan de orde. Dat is precies haar probleem: ze is niet ziek en is de dood nu juist níet nabij, ook al wil ze hem verschrikkelijk graag omarmen.

Iemand die door amyotrofische lateraalsclerose (ALS) zowat geheel verlamd is en zelfs vrijwel niet meer kan slikken, zodat hij dreigt te stikken in zijn speeksel, een vergif inspuiten – dat is euthanasie. Een aidspatiënt bij wie de cocktailtherapie niet aanslaat en die begint te dementeren, op zijn verzoek pentobarbital toedienen – dat

is euthanasie. Iemand die telkens psychoses heeft en die de volgende nog zwaardere aanval niet wil afwachten, een middel geven waarmee hij zijn leven kan beëindigen – dat is euthanasie (en als hij het middel zelf inneemt, heet het 'hulp bij zelfdoding').

Euthanasie is een genadedood: het reisschema van de dood versnellen, want de zaak is al reddeloos verloren en behandelingen weten de natuur soms langer te weerstreven en het lijden langer te rekken dan ooit de bedoeling kan zijn geweest. De reden waarom een arts zo iemand mag doodmaken, is niet dat hij nu eenmaal degene is die beschikt over de sleutels tot de medicijnkast. Die arts is uitsluitend gevrijwaard van strafvervolging omdat hij, zoals de Hoge Raad al in 1984 bepaalde, op grond van een noodsituatie handelt. Met andere woorden: levensbeëindiging is alleen dan een geaccepteerde en gerechtvaardigde beslissing wanneer de twee plichten van een arts – die om het leven te behouden en die om de patiënt te vrijwaren van uitzichtloos lijden – met elkaar in strijd zijn geraakt. Iemand in leven houden is soms medisch mogelijk, maar menselijk gezien een gruwel.

Een zelden genoemd, maar fundamenteel argument voor euthanasie is dat patiënten niet langer in staat zijn zelf in te grijpen. Wie ernstig ziek is – bedlegerig, verlamd, kortademig, doodmoe – kan veelal geen zelfmoord meer plegen. Overgeleverd als je dan bent aan het medisch regime, beheerd door artsen, omgeven door bewakende apparaten, regulerende infusen en wat al niet, en fysiek aangetast door de ziekte of ondergebracht in een inrichting, ben je gewoonlijk niet langer bij machte je eigen dood te bewerkstelligen. Wie opgesloten zit in een

psychiatrisch ziekenhuis en doodsbenauwd is voor de volgende psychose, ontbreekt het doorgaans aan de bewegingsvrijheid die nodig is om zelfmoord te plegen. Wie verzwakt of verlamd is, kan niet meer van een dak of voor de trein springen en wie intraveneus gevoed moet worden, kan geen stiekeme fatale dosis middelen naar binnen smokkelen om zijn dood te bespoedigen. Euthanasie is kortom bedoeld voor mensen die hun zelfbeschikkingsrecht niet goed meer kunnen uitoefenen.

Ook al wil niemand aan de bijbehorende akelige ziekte overlijden, de gedachte dat er zoiets als een 'zachte dood' bestaat en dat je daar om kunt vragen, is inmiddels echter gemeengoed geworden. Euthanasie lijkt een verhoudingsgewijs benijdenswaardige dood. Wie wil er nu *niet* zacht sterven, voorbereid en in gezelschap van zijn intimi, als hij dan toch dood moet? Doodgaan is echter zelden een zachte aangelegenheid, en maar weinig mensen is het vergund 'waardig' te sterven.

♦

'Als zelfdoding mag, waarom mag hulp bij zelfdoding dan niet?' Die zin bevat in al zijn beknoptheid de elementen die me niet bevallen aan wat 'de zaak Chabot' is gaan heten, te weten: het eufemisme, de inconsequentie, de drang tot het beschaafd maken van de dood, de medicalisering van de dood, en de hang openbare goedkeuring voor hoogst individuele beslissingen te vragen.

Een zachte, vergoelijkende term als 'zelfdoding' gebruiken, acht ik misplaatst.[4] Zelfmoord is niet lief en

netjes. Het is definitief en kapt alles af. Zelfmoord is vies, vuil, hard en akelig, en het wordt – doordacht of impulsief – gedaan uit ellende. Mensen die zo gestorven zijn, zien er doorgaans akelig uit, en de mensen die achterblijven tobben met onoplosbare vragen en een tombola van tegenstrijdige gevoelens: woede, verdriet, frustratie, opluchting, schuld en onmacht.

Zelfmoord pleeg je niet zomaar. Zelfmoord is riskant. Je kunt er dood van gaan, wat niet altijd de bedoeling is, of je kunt het overleven en er ernstige blijvende schade aan overhouden, wat nooit de bedoeling is. Wie zelfmoord begaat of daar na aan toe is, doet dat vanwege serieuze problemen die hem onoverkomelijk toeschijnen.Door anderen aangereikte suggesties om die situatie te verlichten, zijn misschien wel zinnig maar lijken futiel en doen er voor de persoon in kwestie uiteindelijk niet meer toe.

Zelfmoord overweeg je – of dringt zich onweerstaanbaar aan je op – wanneer je je leven onduldbaar of onverdraaglijk vindt en het te veel door pijn wordt getekend. En de beslissing om zelfmoord te plegen neem je alleen. Daar komt geen inspraak, overleg of toestemming aan te pas. Mensen doen het, of dat recht ze nu wordt toegekend of niet, of ze nu iemands goedkeuring hebben of niet.

Dat is misschien wel de crux van zelfmoord: dat geen enkel ander mens er nog echt toe doet.

Dat laatste – de mening van anderen telt niet – geldt niet alleen in emotionele zin, maar ook filosofisch en juridisch. Je mag weigeren wat je niet wilt. Alleen wanneer wij (of nu ja, de overheid) ernstig twijfelen aan iemands

geestestoestand, mag iemand verhinderd worden om zijn voornemen te sterven uit te voeren, bijvoorbeeld door middel van een verplichte opname. Niemand mag je het leven opdringen of je een therapie of een behandeling opleggen die je niet wilt. Het afslaan van een behandeling is, ook wanneer dat niet-behandelen tot de dood leidt, een recht, een schildrecht. Zo ook zelfmoord: je mag het leven afwijzen.

Nu bevinden we ons in de licht bizarre situatie dat terwijl zelfmoord plegen juridisch is toegestaan, erbij helpen verboden is: op het verlenen van hulp bij zelfmoord staat een gevangenisstraf van maximaal drie jaar.[5] Zelfmoord is bij mijn weten de enige handeling in het Nederlands recht die legaal is indien je haar zelf verricht, maar waarbij medewerking van een ander strafbaar is gesteld.

Ondanks die strafbaarheid kan ik me goed voorstellen dat er situaties zijn waarbij ikzelf daadwerkelijk iemand zou helpen zelfmoord te plegen, bijvoorbeeld door middelen te verschaffen. Als ik iemands wanhoop ken, zijn afweging solide vind, kan begrijpen waarom hij tot de conclusie komt dat sterven de enige oplossing is en weet dat hijzelf niet bij machte is zijn zelfmoord te bewerkstelligen, zou ik me eerlijk gezegd geen knip voor de neus waard achten als ik me níet naar vermogen voor hem zou inspannen.[6]

Naarmate iemand je meer na staat, je iemands beweegredenen beter kunt doorgronden én je de opvatting onderschrijft dat zelfmoord een valide oplossing kan zijn, wordt de optie om iemand daadwerkelijk te helpen reëler. Voorwaarde is wel dat ik mijn eigen afweging kan maken –

wat inhoudt dat ik ook het recht heb mijn hulp te weigeren. Ik ben niet de enige die er zo over denkt: de voorzitter van de Stichting Vrijwillig Leven, Gerard Schellekens, stelt regelmatig dat hij voor zijn vrouw met liefde de gevangenis zou indraaien mocht zij hem vragen haar te helpen bij haar dood.

Het staat voorts eenieder vrij een ander om hulp bij zijn zelfmoord te vragen. Dat geldt zowel voor Netty Boomsma en mevrouw Schellekens als voor mijn vrienden. Maar mocht je die hulp krijgen, dan is dat een gunst die verleend wordt. Een gunst waarbij de gever zich terdege dient af te vragen op welke gronden hij helpt, waarbij hij zijn eigen geweten dient te onderzoeken en zich heeft te realiseren dat er mogelijk repercussies aan vastzitten.

Er bestaat geen verhaalbaar recht op het krijgen van hulp bij zelfmoord, een (claim)recht voor de uitvoering waarvan anderen ingeschakeld kunnen worden en dat mensen kunnen opeisen of afdwingen. Zelfmoord is iets wat mensen ondanks alles doen, hoogstpersoonlijk, op hun eigen initiatief en verantwoordelijkheid, zonder last of ruggespraak. Als je geluk hebt, vind je iemand die bereid én bij machte is je erbij te helpen. En die ander is strafbaar.

Chabots van Netty overgenomen vraag 'Als zelfdoding mag, waarom mag hulp bij zelfdoding dan niet?' is derhalve nogal kort door de bocht geformuleerd. Netty heeft zonder meer het recht om dood te willen. Ze heeft tevens het recht een ander te vragen of die haar misschien helpen wil. Maar ze heeft nimmer het recht om te eisen dat een ander haar daarbij helpt. Chabot op zijn beurt kan, nadat hij zich in Netty's vraag en

omstandigheden heeft verdiept, tot de conclusie komen dat hijzelf een morele verplichting voelt om haar te helpen. Dat is en blijft zijn persoonlijk recht; maar daaraan kan hij geen *professionele verplichting* ontlenen haar metterdaad bij te staan.

‖

In de literatuur over zelfmoord wordt een onderscheid gemaakt tussen de weloverwogen zelfmoord (rationele zelfmoord of 'balanssuïcide') en de impulsieve zelfmoord ('crisissuïcide'). Netty Boomsma hoort thuis in de categorie balanssuïcide: iemand die bij haar volle verstand een afweging maakt tussen de voors en tegens, en die keer op keer uitkomt op zelfmoord als enig overgebleven alternatief of oplossing; iemand ook die haar beslissing rustig kan verdedigen en toelichten. 'Netty lijkt te behoren tot die kleine groep vastbeslotenen waarvan bekend is dat zij het einde blijven zoeken. [Dwang] helpt bij hen niet maar geeft slechts uitstel van zelf-executie,' schrijft Chabot.[7]

Netty is geestelijk volkomen gezond. Er is geen sprake van een vitale depressie, van een psychose of een waan. Rouwtherapie, de enige denkbare behandeling, wijst ze zeer gedecideerd af, hoofdzakelijk omdat ze haar verlies niet wíl loslaten; haar enige wens is om zich bij 'haar jongens' te mogen voegen. Deels uit ongerustheid dat ze anders haar toevlucht zou nemen tot hardere en gewelddadiger methoden, deels omdat hij zulke hulp na gewetensonderzoek met zijn beroepseed in overeenstemming acht, en deels vanwege het grote belang

dat Chabot hecht aan een waardige dood, besluit hij uiteindelijk om Netty te helpen.

Aan dat besluit verbindt hij een pleidooi om dergelijke stervenshulp breder beschikbaar te maken. 'Het is belangrijk dat artsen zich niet afsluiten voor de toenemende *weloverwogen* vraag naar een waardige dood van niet (dodelijk) zieke mensen.'[8] 'Juist bij hen leeft sterk de wens zichzelf een harde dood te besparen, en anderen de confrontatie met de gevolgen ervan. Dat verlangen is legitiem en invoelbaar. Met welk recht dwingt de samenleving deze personen meermalen tot een harde dood? Want dat is de realiteit op dit moment voor mensen als Netty, die niet dankzij "connecties", of met list en bedrog, aan effectieve slaapmiddelen weten te komen.'[9]

De analogie met het pleidooi van Drion is evident. Chabot heeft gelijk de restricties die op zelfmoord liggen aan te vallen. Middelen zouden eenvoudiger beschikbaar moeten zijn, middelen die een gewelddadige dood onnodig maken en zelfmoord niet nog harder maken dan hij van zichzelf al is. In hoeverre daar een professionele taak ligt, zoals Chabot hier stelt, valt nog te bezien.

Maar op grond waarvan bepleit Chabot een *recht* op een 'waardige dood'? Hij hanteert de begrippen 'verlangen' en 'recht' als waren ze retorisch inwisselbaar, en verbindt aan iemands – gerechtvaardigde – verlangen zonder aarzeling een moreel recht. Vervolgens construeert hij op grond van dat vermeende recht een verplichting zijnerzijds, zelfs een maatschappelijke verplichting om mensen daadwerkelijk een zachte dood te garanderen. Dat je mag hopen dat iemand een waardige dood ondergaat of

hem die toewenst, is één. De invulling van die wens tot een recht te verheffen, is iets heel anders.

Er bestaat geen recht op een zachte of waardige dood. De dood is zelden deftig, fatsoenlijk of voornaam, of hij zich nu in de vorm van een ongeluk, een zwak bloedvat, ziekte, euthanasie, moord of als ouderwetse ouderdom aandient. Een waardige dood is een nobel streven, maar kan nooit meer zijn dan dat: een verlangen, geen incasseerbaar en verhaalbaar recht. Waarom zou een gezond mens die niet verder wil leven, bovendien 'netter' of 'waardiger' mogen sterven dan de rest? De dood is meestal onwaardig, ongewild en ongewenst en komt bovendien vrijwel altijd ongelegen, behalve juist voor hen die hem moedwillig over zichzelf afroepen.

Voor de kwaliteit van het debat over euthanasie en zelfmoord zou het voorts bijzonder nuttig zijn als we alsjeblieft eens afstapten van dat vreselijke begrip 'waardig'. Geen term is zo misbruikt door voor- en tegenstanders als juist deze. 'Waardigheid' is een speelbal geworden waaraan mensen sjorren en waarmee ze hopen een punt te scoren, en is in de praktijk volstrekt onbruikbaar geworden als begrip waarmee je iets inhoudelijks kunt uitdrukken.

♦

Er wordt regelmatig gepleit voor actieve hulp bij de zogeheten 'balanssuïcide'; Chabot staat hier niet alleen in. Begin jaren negentig opperde Jan Hilarius, voorzitter van de Alkmaarse afdeling van het Humanistisch Verbond, het plan een hulpbureau annex verblijf te creëren waar

mensen terecht konden met hun zelfmoordgevoelens en waar ze eventueel konden worden geholpen. In de media werd zijn idee voor zo'n bureau al snel omgedoopt tot een 'zelfmoordhotel'.[10]

Ook in het buitenland zijn voorstellen gedaan voor dergelijke, nu ja, sterfhuisconstructies. In 1969 opperde de Zweedse filosoof Ingemar Hedelius het plan om zelfmoordklinieken op te richten, 'waar zonder voorbehoud en verlammende formaliteiten iedereen terecht zou kunnen die het bestaan wilde verlaten' en waar medische, psychiatrische en geestelijke begeleiding aan de doodskandidaat zou worden gegeven. In datzelfde jaar kwam de Deense minister van Sociale Zaken met een vergelijkbaar voorstel.[11] In Nederland verdedigt psycholoog René Diekstra al jaren het idee om professionele hulp te geven bij de uitvoering van een weloverwogen zelfmoord. Ook de Stichting Vrijwillig Leven bepleit hulp bij zelfmoord, bijvoorbeeld door mensen, na gesprekken met zelfmoordconsulenten, dodelijke middelen te verschaffen.

De argumentatie concentreert zich, naast de nagestreefde waardigheid van de dood, erop dat juist door de doodsverlangens van de clientèle serieus te nemen én er een reële mogelijkheid op actieve hulp aan te verbinden, de kans wordt vergroot dat de zelfmoordenaar in spe van zijn plan afziet.

Daarin gaat een paradoxaal element schuil, de hoop vuur met vuur te kunnen bestrijden: men wil het verlenen van daadwerkelijke hulp bij zelfmoord toestaan om zelfmoord uiteindelijk tegen te gaan.

Buiten kijf staat dat alleen dan een indringend en zinnig gesprek over de motieven voor en achtergronden van iemands zelfmoordgedachten gevoerd kan worden, wanneer de gesprekspartner niet terugdeinst voor de mogelijkheid dat die gesprekken ertoe leiden dat de potentiële zelfmoordenaar in zijn plannen volhardt en ze uitvoert.

Wie zo'n gesprek aangaat met de vooropgezette bedoeling iemand van zijn zelfmoordplannen te weerhouden, boekt zelden succes. Het resultaat is dan eerder dat de zelfmoordenaar in spe een masker opzet waarachter hij zijn verlangen en gevoelens verbergt. Sterker nog, niets werkt zelfmoordgevoelens zo sterk in de hand als steeds weer te horen krijgen dat ze verkeerd en fout zijn. Je voelt je daar des te meer onbegrepen, alleen en geïsoleerd door.

Als het gesprek open en zonder restricties wordt gevoerd, kan er soms een verrassende wending ontstaan. Als het doodsverlangen serieus wordt genomen, kan het werkelijk besproken en begrepen worden en misschien uiteindelijk terzijde worden gelegd. Sommigen willen ook na dergelijke open gesprekken nog steeds zelfmoord plegen, maar in dat geval is hun weg ernaartoe tenminste iets minder eenzaam en beter overwogen geweest, wat op zich al troostrijk is. Ook de onschatbare waarde van de nieuwsgroepen over zelfmoord op internet is zuiver op het gesprek gebaseerd: de deelnemers daar kunnen open, zonder terughoudendheid of angst voor repercussies, spreken over hun plannen, motieven, angsten en wensen, zonder dat iemand met schrik, afschuw of valse kalmerende praat reageert. Alleen dat al biedt een

overweldigende opluchting voor wie – soms jaren – in stilte over zijn plannen heeft lopen tobben.

Chabot wilde precies dat. Door Netty's doodsverlangen serieus te nemen, hoopte hij haar voor het leven te kunnen behouden.

Maar hij gaat aanzienlijk verder wanneer hij schrijft: 'Mensen die serieus suïcide overwegen en die weten nooit dodelijke hulp te zullen krijgen, gaan een diepgaand gesprek hierover met een hulpverlener uit de weg en doen een poging die soms direct slaagt; een poging die voorkomen had kunnen worden wanneer ze wel een echt gesprek hierover waren aangegaan.'[1]

De praktijk weerlegt Chabots stelling pertinent: je kunt heel goed intensief en open praten zonder pillen te leveren. De Stichting De Einder (waar de eerder genoemde Jan Hilarius de drijvende kracht achter is) werkt met consulenten die op verzoek met iemand over zijn doodswens spreken, teneinde hem te helpen achterhalen hoe serieus en weloverwogen die is. De stichting verschaft echter onder geen beding middelen en biedt uitsluitend gesprekken aan. In 2000 heeft De Einder met driehonderd mensen gesprekken gevoerd; slechts tien procent van hen heeft uiteindelijk zelfmoord gepleegd.[13]

Chabot verbindt de mogelijkheid om een dergelijk open gesprek te voeren exclusief aan de (professionele en morele) bereidheid om, mocht het gesprek inderdaad tot een beslissing voor de dood leiden, ook daadwerkelijk dodelijke middelen te leveren. Hij stelt dat een gesprek zonder zicht op pillen nooit effectief kan zijn. Dat nu is apert niet waar, getuige de bevindingen van De Einder.

Chabots bewering is een lelijke onderschatting van de waarde van een oprecht open gesprek.

♦

Er is iets wat me huiver inboezemt. Elke deskundige of instantie die metterdaad dodelijke middelen zou willen verschaffen, zal zich grondig dienen te vergewissen van het weloverwogen karakter van iemands verzoek en zal een serie gesprekken moeten aangaan, zoals ook Chabot deed: hij sprak ongeveer dertig uur met Netty, verdeeld over tien gesprekken in acht weken tijd, en ontving daarnaast een groot aantal brieven van haar. (Alleen dat al maakt het humanistische hotelplan moeilijk uitvoerbaar: er zou een lang verblijf in Hotel Terminus aan vooraf moeten gaan voordat de doodskandidaat het groene licht kan krijgen.)

Maar juist een dergelijke toetsing roept voor mij het distopische schrikbeeld op van een commissie die, aan de hand van formeel vastgelegde criteria, bepaalt welk leed en welke omstandigheden zelfmoord rechtvaardigen en welk leed en welke omstandigheden dat niet doen. Moeten wij werkelijk – al dan niet van overheidswege – een officieel stempel van goedkeuring op sommige zelfmoorden zetten, en andere afwijzen? (En wat nu als je zakt voor je doodsexamen?)

Chabot trekt ter rechtvaardiging van zijn voorstel tot dodelijke hulp een parallel met abortus. 'Altijd weer waren er vrouwen die afstaan [van het kind] een onmogelijke weg vonden, die ze absoluut niet wilden gaan. Die liever de illegale weg van abortus kozen met alle risico's van dien op blijvende onvruchtbaarheid, of zelfs

voor het eigen leven. Het heeft lang geduurd voor het maatschappelijk klimaat begrip kreeg voor de innerlijke gesteldheid, die de vrouw tot deze keuze bracht. Even moeilijk heeft 'het maatschappelijk klimaat' het nu om toe te staan dat een niet-ziek persoon die weloverwogen vraagt om hulp bij de eigen dood, deze ook mag krijgen.'[14]

Zonder dat met zoveel woorden te zeggen verbindt Chabot aan deze vergelijking de conclusie dat hulp bij zelfmoord voor gezonde mensen aan vergelijkbare voorwaarden verbonden kan worden als abortus: hulp door een arts na grondige toetsing van het verzoek, waarbij wordt vastgesteld of verzoekster wilsbekwaam is, in vrijheid tot haar wens is gekomen en die donders goed doordacht heeft.

Deze vergelijking gaat echter op drie cruciale punten mank. Abortus kun je immers niet zelf uitvoeren (vandaar dat je je daarvoor – nu godlof niet meer illegaal – bij anderen moet vervoegen); abortus is bestempeld tot een medische ingreep (reden waarom je je op een arts dient te verlaten); en abortus betreft het afbreken van een potentieel leven dat *niet het jouwe* is (reden waarom een dergelijk verzoek toetsing behoeft).

Zelfmoord daarentegen is bij uitstek een daad die je eigen leven betreft en die eenieder die gezond is, bovendien zelf kan uitvoeren. Zelfmoord is voorts geen coöperatief gebeuren, noch onderhevig aan onderhandelingen. Zelfmoord is bij uitstek *Do It Yourself*.

En wat het 'maatschappelijk klimaat' betreft: dat in Nederland een iets groter begrip is ontstaan voor iemands motieven om zelfmoord te willen plegen en dat het spreken erover tegenwoordig een minder groot taboe is dan

pakweg veertig jaar geleden, wil volstrekt niet zeggen dat zelfmoord door gezonde en capabele mensen andermans al dan niet professionele medewerking behoeft of verdient en een stempel van goedkeuring draagt, laat staan dat het een maatschappelijk en opeisbaar recht is.

(Wat er vooral veranderd is rond zelfmoord, is dat mensen zich vroeger diep schaamden als een familielid zelfmoord had gepleegd, terwijl nabestaanden nu hoofdzakelijk boos en verdrietig zijn en hun pijn en frustratie uiten.)

♦

Hulp bij zelfmoord is een contradictio in terminis, of misschien gepaster in deze context: een contradictio *in terminus*. Zelfmoord pleeg je alleen. Je kunt weliswaar met een ander spreken om je wens onder de loep te nemen (en ik zou dat ook eenieder dringend aanraden), maar wie een ander vraagt de daadwerkelijke uitvoering en verschaffing van middelen te verzorgen, maakt zichzelf afhankelijk van diens instemming en maakt die ander medeverantwoordelijk. De hulpvrager ontneemt daarmee zichzelf zijn zelfbeschikkingsrecht, en geeft iets uit handen dat alleen zijn verantwoordelijkheid kan zijn.

Netty heeft op zeker moment een woordenwisseling met Chabot wanneer hij aarzelt zijn beslissing te nemen. 'Als [verder praten] niet blijkt te gaan, dan zal ik je helpen om te doen wat jij wilt,' zegt Chabot. 'Maar dat moment bepaal jij!' roept Netty daarop boos uit, en ze zwijgt daarna getergd.[15] Ja allicht – dat komt ervan. Wie zijn macht uit handen geeft en die een ander toeschuift, moet

niet vreemd opkijken wanneer die ander zijn eigen criteria hanteert en eerst zijn eigen handelen en geweten aan nadere beschouwing onderwerpt.

Dat Chabot oprecht was en niet alleen Netty's motieven maar ook die van zichzelf scrupuleus heeft onderzocht, is evident. Voorts is het uitermate dapper van hem dat hij Netty niet ondershands van medicijnen heeft voorzien (hij verwerpt die mogelijkheid apert), en in plaats daarvan zijn eigen beslissing na afloop ter toetsing voorlegt door de kwestie zelf bij Justitie te melden.

In eerste instantie werd Chabot van rechtsvervolging ontslagen. Het Openbaar Ministerie voerde de zaak door tot aan de Hoge Raad, die op 21 juni 1994 een schuldigverklaring aan hulp bij zelfmoord uitsprak, zonder strafoplegging. De Hoge Raad verwierp Chabots beroep op een noodsituatie en vond dat hij Netty had moeten laten onderzoeken door een onafhankelijke tweede deskundige, een psychiater, die had moeten beoordelen of en in hoeverre haar doodswens door ziekte was beïnvloed. (De zeven artsen die Chabot had geconsulteerd, en van wie twee zijn oordeel niet steunden, hadden Netty zelf niet gezien. Ze hadden hun rapport geschreven op basis van Chabots dossier over haar.) Wel was de Hoge Raad van mening dat Chabot 'de uiterste zorgvuldigheid heeft betracht'. De Raad sprak voorts uit dat ook bij mensen die niet in de stervensfase verkeren, hulp bij zelfdoding onder bepaalde omstandigheden gerechtvaardigd kan zijn.16

Zijn geweten is schoon, vindt Chabot, en ik deel die opvatting (voor zover dat ertoe doet), maar de allerbelangrijkste vraag luidt niet of zijn geweten in orde

is. Die luidt, mijns inziens, of je iemand mag doodmaken wanneer er geen sprake is van een noodsituatie – zoals voor burgers geldt in het geval van zelfverdediging of, voor artsen, van conflicterende beroepseisen en patiënten die niet langer bij machte zijn zich zelf van het leven te beroven.

Anders geformuleerd: de wezenlijke vraag luidt of zelfmoord zich überhaupt leent voor samenwerking, overleg, toetsing, formele procedures en protocollen.

♦

Ik proef een neiging tot medicalisering van zelfmoord, een langzame beweging waarbij zelfmoord – en doodgaan in het algemeen – gaandeweg in de handen van deskundigen wordt gelegd. De dood van zieke en oude mensen kan zijn gang al amper meer gaan, hij wordt te hard tegengestreefd. Die dood is daardoor in het medisch circuit beland en object van medische en juridische beslissingen geworden.

Moeten artsen en deskundigen nu ook bevorderen dat mensen voor hun vrijwillige, zelfgekozen dood datzelfde traject gaan bewandelen? Stimuleren dat fysiek capabele mensen voor het uitvoeren van hun zelfmoord aankloppen bij een arts of psychiater is in mijn ogen een heilloze weg, en een die bovendien te nauw aansluit bij de teneur dat men in geval van nood de overheid maar moet bellen, opdat zij de malaise voor ons oplost en ons via deskundigen helpt ons recht te verzilveren. Als artsen, psychiaters en juristen het recht op zelfmoord inderdaad

voorstaan, waarom dan niet gepleit voor het makkelijker verkrijgbaar maken van effectieve middelen?

Mijn schrikbeeld is dit: de aanstaande zelfmoordenaar die een soort staatsexamen aflegt ten overstaan van experts die zijn doodswens toetsen op consistentie, doordachtheid en gebrek aan waan of verdwazing; experts die vervolgens in conclaaf gaan en het kaf (de crisissuïcides) van het koren (de balanssuïcides) scheiden. In sommige gevallen oordelen ze dat de vrager inderdaad ondraaglijk lijdt en kan hij een dodelijk medicijn voor een gediplomeerde zachte zelfmoord bekomen; in het andere geval stellen ze therapie voor.

Krijg je – als je na een succesvol afgesloten therapie nog steeds dood wilt – de gewenste medicijnen dan zonder herexamen? Hoe vaak mag een therapie als alternatief worden voorgesteld? Wat als je geen therapie wilt, of geen de antidepressiva wenst te slikken? Wat als je behandeling weigert? Moet je dan voor 'straf' aangewezen blijven op de hardere methodes om dood te gaan? Kun je zelfmoord wel zo vertherapeutiseren? En willen we eigenlijk wel dat de dood ook bij gezonde mensen geadministreerd, beprotocold en geprofessionaliseerd wordt?

Betekent dat in de praktijk niet dat mensen hun vocabulaire aanpassen en hun beschrijving van hun situatie dusdanig inkleden dat ze netjes voldoen aan de criteria, oftewel eenzelfde Grote Leugen gaan gebruiken als je ook wel bij euthanasie ziet? (Let wel: dat mensen hun taalgebruik aanpassen, wil niet automatisch zeggen dat hun wens niet oprecht of terecht is. Het betekent wel dat er een laag tussen de werkelijkheid en de beschrijving daarvan is komen te zitten.)

Gaat in die drang waarvan Chabot getuigt, namelijk om zelfmoord zacht te maken en professioneel te begeleiden, niet een nieuwe poging schuil om de dood koste wat het kost te temmen? Is het niet een uiting van de vergeefse hoop de dood netheid en vriendelijkheid af te kunnen dwingen, hem beleefd te maken, met twee woorden sprekend in plaats van bijtend en vals? Hoe vis je trouwens de mensen eruit wie het eigenlijk meer te doen is om legitimatie van hun leed, om een soort officiële erkenning daarvan?

En waarom zou zelfmoord eigenlijk zo heel zacht en aardig moeten worden? Arend Jan Heerma van Vos, eerder eindredacteur van het *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, zei het zo: 'Het klinkt misschien cru, maar er is een ontwikkeling gaande waarbij over zelfdoding steeds meer gepraat wordt alsof het echt godsonmogelijk is om dat in je eentje te doen.'[17]

♦

Je kunt je tot slot in gemoede afvragen of Netty zélfmoord wilde plegen.

Uit de gesprekken die ze met Chabot voerde en uit haar aantekeningen en brieven die gedeeltelijk in zijn boek over de zaak zijn opgenomen, blijkt overduidelijk dat ze geen enkele zin meer aan haar leven kon ontwaren. Een paar maanden eerder, op dezelfde avond dat haar tweede zoon was overleden, had ze een nogal halfhartige zelfmoordpoging gedaan; gezien de situatie een duidelijke 'crisissuïcide', volgens Chabots indeling. Ze slikte dertig mellerils (een antipsychoticum), een hoeveelheid die beslist

niet dodelijk is. Netty overleefde die poging zonder enig ingrijpen.[18]

Ze wil daarna hoofdzakelijk dood mogen zijn, niet verder moeten hoeven leven – maar of ze daadwerkelijk bereid was zelf in te grijpen en zelfmoord te plegen, valt te bezien. Ze geeft die verantwoordelijkheid het liefst uit handen. Netty had, voordat ze uiteindelijk bij Chabot aanklopte, al bij maar liefst zeven hulpverleners hetzelfde verzoek neergelegd: 'Kun jij het niet voor me doen? Kun jij me niet helpen?'

In het begin van haar relaas somt Netty een aantal opties op en verwerpt die stuk voor stuk:

> Ik kan een touw pakken, dan heb ik ongeveer zeventig procent kans. Of ik kan de trein pakken, dan is de kans wat hoger. Maar het kan ook zijn dat alleen mijn benen eraf gereden worden. En het staat me tegen, de blubber. […] Ik wil graag weg van hier, maar ik ben bang voor mislukken en dat ik dan ergens tegen mijn zin opgenomen word om me tegen mezelf te beschermen. [...] Van mijn zuster en van vrienden die van mijn besluit weten krijg ik Mogadontabletten en Valium. Ik overweeg ook om het te doen met de plastikzak-methode: dat ik die Mogadon inneem met alcohol en juist voor ik in slaap sukkel mijn hoofd in een plastic zak steek, die met een elastische band om mijn hals vastzit. Dan zal ik in mijn slaap stikken. Maar die methode schijnt onzeker.[19]

Dat iemand wars is van gewelddadige methodes als treinen en flatgebouwen is alleszins begrijpelijk; daar is een bijna bovenmenselijke moed of wanhoop voor nodig. Bovendien zijn dat methodes waarbij toevallige omstanders en

machinisten wel een heel gruwelijke rol krijgen toebedeeld. Netty's argumenten tegen de andere genoemde manieren om zichzelf dood te maken, klinken echter nogal willekeurig en gezocht: alsof ze zowat elk excuus aangreep om ze als ineffectief te bestempelen en op die grond te verwerpen. Wanneer je zelfmoord wilt plegen met valium en mogadon met een antibraakmiddel vooraf en een flinke borrel erbij, is je kans op slagen groot. De plastic zak erbij maakt de methode vrijwel *fool proof* – zoals Netty ook van de NVVE te horen had gekregen. Bovendien had ze al anafranil in haar bezit, en dertig slaappillen.[20] Die combinatie had haar makkelijk kunnen doden.

Koolmonoxidevergiftiging (door de uitlaatgassen van een auto via een slang in de cabine te leiden, of door briketten op een barbecue in een kleine en afgesloten ruimte te branden) is met enige voorbereiding eveneens uitermate betrouwbaar. Verhanging is, mits goed uitgevoerd – en ook daar is degelijke informatie over te vinden – heel effectief: ongeveer veertig procent van alle zelfmoordenaars in Nederland komt zo aan zijn einde.

Opmerkelijk vind ik dat Chabot Netty in hun in totaal dertig uur durende gesprekken nergens doorvraagt over *zelf*moord. Ze spreken uitgebreid over haar motieven om dood te willen, maar de inzet is altijd dat Chabot dat voor haar moet doen. Van lieverlee wordt Netty een nogal drammerige patiënte die eist dat anderen haar dood voor haar regelen, en graag een beetje snel. Chabot neemt haar woord dat ze bang is voor mislukking voor lief en laat het daarbij. Aan haar vragen waarom ze kennelijk tegenzin had om zelfmoord te plegen, achtte hij zelfs een gevaarlijke valkuil die hun verstandhouding in gevaar zou brengen.

Hij schrijft letterlijk: 'Eigenlijk zeg ik dan: je wens om waardig te sterven neem ik pas serieus als je het eerst zelf doet.'[21]

Chabot was zo benauwd Netty's vertrouwen te verspelen dat hij die ene, cruciale vraag oversloeg. Al het andere durfde hij haar wel te vragen, soms zelfs tegen haar zin in, maar niet dit: 'Netty, vertel me eens, hoe zit dat dan: waarom vind je het zo moeilijk om het zelf te doen? Als ik je nu een degelijk advies geef hoe te werk te gaan, durf je het dan wél aan? Is het angst, of speelt er meer? Je hebt de middelen. Waarom wil je dat ik ze je nogmaals lever?'

Ik vrees dat Netty op die vragen geen antwoord had geweten. Netty wilde eigenlijk euthanasie. Een zachte, risicoloze, door anderen geadministreerde en goedgekeurde dood in aanwezigheid van haar dierbaren. Haar pech was dat ze geen dodelijke ziekte onder de leden had.

Thisbe: informatie, internet en zelfmoord

Is er geen morele paniek over kinderporno en internet, dan maken mensen zich wel bezorgd over zelfmoord en internet. Desnoods creëert de pers zelf een rel.

Begin 2000 publiceerde *de Volkskrant* een nogal hetzerig artikel over wat als een website 'voor de perfecte zelfmoord' betiteld werd: een site die zou aanzetten tot zelfmoord en die, zoals het twee dagen later heette, 'gedetailleerde informatie over zelfmoordtechnieken' bevatte.[1] De krant pakte fors uit: zes kolommen op pagina drie van de zaterdageditie.

Journaliste Ellen de Visser was zo onfatsoenlijk om Thisbe, de maakster van de site, in het geheel niet aan het woord te laten in haar artikel: alleen tegenstanders mochten zich over het vermeende gevaar van de site uitspreken. Die beweerden op hoge toon dat informatie over zelfmoord verschaffen strafbaar is en dat sites als deze tot riskant imitatiegedrag leiden. Het artikel culmineerde in een emotionele oproep aan 'de politiek' om 'iets te ondernemen tegen dit gevaar'.

De Visser zaaide wind: een storm van krantenartikelen, radio- en tv-debatten was het gevolg. Twee dagen later al wist diezelfde *Volkskrant*, op een toon alsof zij observator in de affaire was in plaats van de aanstichter ervan, te melden dat de Tweede Kamer

maatregelen wilde nemen tegen de site 'die afgelopen zaterdag opnieuw in de publiciteit kwam'.2

Thisbes 'zelfdestructiepagina' (zoals ze hem zelf noemde)[3] trok, voordat de krant hem zo bot uitlichtte, een kleine doch vaste groep bezoekers maar had, ondanks de stellige bewering van *de Volkskrant*, niet eerder de aandacht van de media. Thisbe (in het echt heet ze Marleen) was in diezelfde periode druk bezig een Nederlandstalige nieuwsgroep over zelfmoord op te richten. Er waren een paar fervente tegenstanders van het initiatief;[4] mogelijk werd de krant door hen op haar website geattendeerd.

De site is een relatief bescheiden maar verzorgde homepage die de bezoeker in die dagen uitgebreid waarschuwde dat de inhoud ervan niet voor iedereen geschikt of prettig is, en waar je expliciet toestemming moest geven wilde je verder kunnen lezen. In haar teksten drukt Thisbe de bezoekers meermalen op het hart om goed en serieus na te denken voordat ze zoiets drastisch als zelfmoord proberen en ze wijst hen op de mogelijkheid om officiële hulp voor hun problemen in te roepen. Met het oog op dat laatste had ze een serie hyperlinks naar hulpverleners en crisistelefoons op haar pagina's opgenomen.

Naar aanleiding van de commotie die het *Volkskrant*-artikel veroorzaakte, kreeg Thisbe echter een paar woedende mailtjes van instanties waarnaar ze linkte, waarin haar werd opgedragen de link naar hen 'per direct' te verwijderen omdat men niet met haar site geassocieerd wenste te worden. Zelfs het feit dat ze mensen op het bestaan van officiële instanties attendeerde, werd haar kennelijk kwalijk genomen.

Thisbes pagina's ontstonden doordat zijzelf aan zelfverwonding deed, in de wandeling 'krassen' geheten. In een poging te begrijpen wat er aan de hand was ging ze erover schrijven en verzamelen: haar site bevatte aanvankelijk persoonlijke verhalen, tips om littekens te camoufleren, passende songteksten en boekfragmenten, plus een webforum waar bezoekers met elkaar over zelfmoord en zelfverwonding konden praten.

De toon van haar teksten was open, eerlijk en onderzoekend; tegenwoordig is de pagina iets zakelijker en vooral minder persoonlijk van karakter. Geen wonder, als je plompverloren in de vuurlinie van de pers hebt moeten staan en honderden boze reacties over je heen hebt gekregen. Zowat alle media besteedden aandacht aan Thisbes site, zelden vriendelijk of goed gedocumenteerd, en haast niemand nam de moeite haarzelf aan het woord te laten of de site zelfs maar te lezen. Kennelijk had iedereen er op voorhand een kant-en-klare mening over.

Het rare was dat de site helemaal niet zo onrustbarend is. Hij bevat kernachtige doch zinnige informatie over zelfmoord, en vooral over hoe je die níet moet plegen. Dingen als: in je armen snijden helpt niet, daar houd je alleen maar littekens en zenuwbeschadigingen aan over; denk heel erg goed na voor je onder de trein of van een flat springt: voor omstanders, en vooral voor de machinist, is dat buitengewoon traumatisch; gebouwen moeten minstens zes verdiepingen hoog zijn; als je pillen neemt moet je van tevoren antibraakmiddelen slikken; zorg dat je een niet-reanimatieverklaring bij je hebt voor het geval je te vroeg wordt gevonden.

Dat zijn nu niet bepaald zwaarbewaakte of gevaarlijke geheimen. Tevens waarschuwt Thisbe haar bezoekers dringend voor ondoordachte zelfmoordpogingen: 'Als je het doet, doe het dan goed. Dat je niet je hele leven in een rolstoel, blind en doof en verlamd, hoeft door te brengen, omdat je dacht dat je wel dood ging van een medicijnkastjescombinatie.'[5]

In het forum op de website vertellen bezoekers over hun gevoelens en ervaringen, en er wordt soms verslag gedaan van mislukte zelfmoordpogingen. (De Visser beweerde in haar artikel dat het gastenboek tevens 'verschillende afscheidsbrieven' bevatte. Dat was een aperte leugen. De citaten uit zulke brieven die De Visser opdiste, waren ofwel verzonnen, ofwel afkomstig van andere websites.)

Voorts heeft Thisbe op een weinig prominente plaats van haar site een exemplaar staan van de *Suicide Methods File*, een tekst die op diverse plaatsen op het net beschikbaar is en die methodes en medicijnen voor het plegen van zelfmoord opsomt.

Niettemin – en vermoedelijk ongezien – vonden tal van politici en deskundigen dat deze site gevaarlijk was. 'Het isolement van degene die zelfmoord wil plegen, wordt hiermee alleen maar versterkt. Een dergelijke site is erg onverstandig,' meldde VVD'er Otto Vos verontwaardigd.[6] 'Het is niet goed dat dit gebeurt,' zei PvdA-kamerlid Willie Swildens-Rozendaal afgemeten, en zei dat 'jongeren tegen dit soort informatie moeten worden beschermd.'[7] CDA-kamerlid Clémence Ross-van Dorp zei kordaat: 'Dit soort pseudo-hulpverlening moet verboden worden,'[8] en stelde uiteindelijk kamervragen.[9] Minister van Justitie Benk

Korthals kalmeerde de zaak later enigszins door te stellen dat hij het 'niet onverantwoord [acht] dat informatie over zelfdoding, zoals op de bedoelde internetsite, vrij toegankelijk is,' hoewel hij de site niettemin 'betreurt' en de geboden informatie als 'onkies en eenzijdig' beschreef.[10] Directeur Rob Jonquière van de NVVE had als een van de weinigen geen moeite met de site, liet hij via de kranten weten, 'al zou zijn vereniging die informatie nooit publiceren.'[11]

Tja. Als de NVVE het al niet aandurft om informatie die algemeen bekend, beschikbaar en verifieerbaar is, vrijelijk verder te verspreiden, wie dan wel? Dan zijn we inderdaad afhankelijk van de Thisbes op deze wereld.

♦

HET OORSPRONKELIJKE KRANTENBERICHT biedt een zo breed scala aan ingeburgerde misvattingen over zelfmoord en het verschaffen van informatie daarover, dat bespreking ervan niet alleen de lucht flink klaart, maar tevens aantoont hoe misverstanden de wereld in worden geholpen. De titel sla ik beter over: er is immers niet zoiets als 'de perfecte zelfmoord'.

De kern van het artikel van De Visser ligt besloten in deze zin: 'Deskundigen spreken van een gevaarlijke ontwikkeling en vinden het onverantwoord dat dergelijke informatie vrij toegankelijk is.' Vermoedelijk doelen deze deskundigen daarbij niet zozeer op Thisbes eigen verhalen of de bijdragen van bezoekers aan haar webforum, maar op de *Suicide Methods File* die zij via haar site aanbiedt.[12] Deze tekst bevat informatie over methoden en medicijnen.

‘Het is onverantwoord dat deze informatie vrij toegankelijk is.’ Dat is het inmiddels traditionele bezwaar dat telkens weer van stal wordt gehaald wanneer het om internet gaat.

Het cliché bestaat uit twee delen. Het eerste is een elitair argument en al zo oud als de boekdrukkunst: ‘Oh hemel, alle informatie zomaar voor iedereen beschikbaar, mensen zijn daar helemaal niet tegen opgewassen. Informatie moet worden gefilterd, anders richt zij makkelijk kwaad aan. Deskundigen moeten informatie voor de gewone burger, voor kinderen, voor de moreel zwakkeren, de kwetsbaren van ziel en de armen van geest selecteren, opschonen, voorkauwen, doseren en begeleiden. De gewone burger kan van informatie immers geen kennis maken, laat staan wijsheid. Daar heeft hij nu juist deskundigen voor nodig.

Er gaat een groot element van machtsuitoefening in dit argument schuil. Wie zijn parochie geen toegang geeft tot de bijbel, houdt het alleenrecht op het doorgeven van de tekst en op de interpretatie ervan. Alleen hij bezit de kennis om naar bevind van zaken te oordelen en de bokken van de schapen te scheiden – en te definiëren wie in welke categorie valt. (Bovendien verdient hij daar zijn brood mee.)

De tweede helft van het cliché houdt verband met de aard van het medium. Wanneer teksten en ideeën op internet staan, wordt dat als onrustbarender beschouwd dan wanneer ze in de bibliotheek of boekhandel te vinden zijn of via tv en radio worden verspreid: ze zijn namelijk ongrijpbaarder.

Ook hier zit een element van macht in, of preciezer, van overzicht en gecontroleerde distributie. Je

kunt altijd achterhalen wie verantwoordelijk is voor analoge producties, wie je moet aanspreken als je verhaal wilt halen: er zijn traceerbare namen aan verbonden, van schrijvers en regisseurs, van zendgemachtigden en krantenconcerns. Tevens kan een boek uit de handel worden genomen (of obscuur zijn, uitverkocht of te duur), en kan een radio- of televisieprogramma worden afgelast of van bliepjes voorzien.

Wat op het net is beland, blijft echter zowat eeuwig rondzingen en vindbaar, en de herkomst kan onduidelijk of zelfs gemaskeerd zijn. Geen gecensureerde of weggezuiverde tekst of hij is wel op het net te vinden, zonder dat iemand kan navertellen hoe hij daar is beland; en kopieën zijn zo eenvoudig te maken dat het amper zin heeft om de jacht erop te openen.

Kennis valt slecht te onderdrukken, en informatie laat zich lastig verwijderen, zeker op internet. Manke informatie over zelfmoord op het net is alleen te bestrijden door er betere informatie over zelfmoord te offreren. Gebrekkige informatie en ondeskundigheid kun je alleen maar het hoofd bieden door deskundigheid te bevorderen, niet door haar in te perken. Noch door haar te onderdrukken, zoals De Visser suggereerde dat nodig was.

'Het is onverantwoordelijk dat deze informatie vrij toegankelijk is.' 'Deze site moet verboden worden.' Wat De Visser en diegenen die zij aan het woord liet, volkomen over het hoofd zien, is dat alle informatie die in de *Suicide Methods File* staat, afkomstig is uit openbare en legale bronnen: uit medische boeken, farmaceutische repertoria, chemische handboeken, boeken over zelfmoord en euthanasie, brochures van de Hemlock Society (het

Amerikaanse equivalent van de NVVE), het zogeheten *Schotse boekje* dat onder meer door de NVVE wordt verspreid etcetera. Vinden al degenen die zo geschokt reageren op de *Methods File* dat dergelijke boeken uit openbare bibliotheken verwijderd moeten worden, of slechts beperkt geraadpleegd mogen worden? Zo ja, waarom heb ik een dergelijke oproep dan nimmer gehoord?

– Dat is omdat de critici het stiekem over het publiek hebben, niet over de informatie zelf. Zij, de deskundigen, moeten namelijk weten dat zoveel milligram van zus-en-zo dodelijk is. Dat hoort bij hun vak. Zíj mogen die boeken derhalve raadplegen. Wij begrijpen ze niet, ze zijn Latijn voor ons. –

De tegenwerping van de tegenstanders zal luiden dat al die verspreide informatie in de *Methods File* handzaam is samengebald, en dat de piekerende zelfmoordenaar die zodoende plotseling voor het grijpen heeft, zonder zelf nog veel moeite te hoeven doen.

– Kijk, daar heb je het elitaire argument. Zij, de deskundigen, zullen in een moment van vertwijfeling namelijk nimmer naar die zoveel milligram van zus-en-zo grijpen. Zij zijn verantwoordelijk en mentaal stabiel. Van ons weten ze dat nog zo net niet, wij leken zijn soms zo grillig en onnadenkend, in tegenstelling tot henzelf. –

Maar de NVVE geeft toch vergelijkbare informatie aan haar leden: goed gedocumenteerde *do's and don'ts* over zelfmoord? Waarom moet zoiets dan ook nog op het net?

– Ah, het distributieargument: de NVVE tracht deze informatie te beheersen, en verschaft haar uitsluitend aan mensen die al minstens drie maanden lid van de organisatie zijn. Niet dat dat veel uitmaakt, trouwens: kort

na de gecontroleerde publicatie van het Schotse boekje doken links en rechts kopieën op. Hm. Er moet maar een kopieerbeveiliging op zulke brochures worden gezet. Het is immers onverantwoordelijk dat deze informatie vrij toegankelijk is, volgens de tegenstanders. –

De crux is dat gespecialiseerde kennis altíjd doordruppelt naar niet-deskundigen en door hen toegepast kan worden. Een eeuw geleden begrepen alleen een paar professoren Einsteins relativiteitstheorie; nu wordt ze scholieren in de natuurkundeles uitgelegd. Naarmate de mondigheid van mensen toeneemt en degelijke informatie over ziekten meer toegankelijk is, komen patiënten beter beslagen ten ijs bij hun specialist en stellen ze lastiger vragen: ze willen als gelijken worden behandeld. Ook informatie over hoe je zelfmoord kunt plegen, is zo'n zinkend cultuurgoed.

Een andere misvatting die spreekt uit de stelling 'Het is onverantwoord dat deze informatie vrij toegankelijk is', is dat Thisbes pagina de genoemde *middelen* daadwerkelijk toegankelijker zou maken. Dat is pertinent niet het geval. Huis-, tuin- en keukenmiddelen waarnaar mensen in hun onwetendheid regelmatig grijpen, worden op de site ten stelligste afgeraden: ze zijn gevaarlijk en niet effectief. Met mazzel maken ze je slechts voor een paar dagen hondsberoerd , met pech houd je er blijvende en ernstige fysieke beschadigingen aan over. Alle wel als effectief en redelijk pijnloze methoden aangeduide manieren zijn ingewikkeld: je hebt er medicijnen voor nodig waar lastig aan te komen is, en die – in tegenstelling tot wat de goegemeente vreest – niet 'zomaar op internet' te bestellen zijn.

De enige niet-medicinale, effectieve manieren om zelfmoord te plegen, zijn koolmonoxidevergiftiging, verdoving in combinatie met verstikking, ophanging en je van een hoog gebouw storten. Dat nu kan elk mens zelf bedenken; daar hebben ze Thisbe heus niet voor nodig. Om dan op je achterste benen te gaan staan wanneer zij dat opschrijft, is zacht gezegd kortzichtig.

Thisbes pagina's laten voorts nadrukkelijk zien dat zelfmoord een gruwelijke aangelegenheid is, met – voor wie zich niet terdege voorbereidt – een grote kans op mislukking en soms dramatische gevolgen. Wie er een romantisch idee van zelfmoord op na houdt, ziet zich die illusie door Thisbe bepaald wreed ontnomen. De middelen waarnaar mensen in een opwelling grijpen, zijn niet effectief, dát laat Thisbe zien. Zelfmoord is een serieuze zaak, een daad die niet zonder goede voorbereiding kan en die een redelijke mate van koelbloedigheid veronderstelt.

♦

Wat staat er nu eigenlijk in die *Suicide Methods File*? Het document bestaat uit een lange opsomming van middelen, onderverdeeld in medicijnvergiftiging (het leeuwendeel van de lijst), wurging, verhanging, springen, verdrinking, elektrocutie, versterving en dergelijke. Vrijwel alle effectieve middelen die worden genoemd – sommige barbituraten (vesparax, seconal, nembutal), codeïne, opiaten, heperidine of insuline – zijn slechts op recept verkrijgbaar. Slaapmiddelen zijn alleen werkzaam in combinatie met antibraakmiddelen en een plastic zak die over het hoofd wordt getrokken. Voorts zijn er op de

illegale markt een paar werkzame middelen voorhanden, zoals heroïne en methadon.

De lijst is regelmatig heel gedecideerd, de samenstellers hebben hun best gedaan om feiten van fabeltjes te onderscheiden. Bij elke methode staat aangegeven hoe gemakkelijk de middelen voorhanden zijn, hoe lang het duurt voor de dood intreedt en welke zekerheid zij biedt.

Paracetamol (ook bekend als acetaminopreen / tylenol)

Dosering:	15+ gram, 20+ is beter
Tijd:	fatale schade binnen 10 uur, 2 weken om daadwerkelijk dood te gaan
Beschikbaarheid:	eenvoudig verkrijgbaar
Zekerheid:	vrij betrouwbaar
Opmerkingen:	Als er eenmaal 10-12 uur zijn verstreken, ben je er vrijwel zeker geweest, maar je leeft nog een week of twee door. Waarschijnlijk kun je voor de zekerheid beter 15 uur wachten. Gedurende die periode: gruwelijke neveneffecten (onder andere: acute leververgiftiging, nierstilstand, hersenoedeem, inwendige bloedingen, ademhalingsproblemen, hemofilie). Te lage dosering veroorzaakt zware leverbeschadiging. Onbedoeld overlijden komt veelvuldig voor.

Elektrocutie

Tijd:	seconden tot minuten
Beschikbaarheid:	overal waar hoogspanning en een goede aarding is
Zekerheid:	afhankelijk van hoeveel stroom er door je heen gaat
Opmerkingen:	110 of 240 volt gebruiken is zinloos, het is simpelweg niet genoeg. Soms overlijden mensen door elektrocutie van huishoudelijke apparaten, maar dan

> pas na enkele minuten. Gebruik hoogspanningskabels, zorg dat je op vochtige grond staat (of beter nog: hang een dikke koperen kabel in een nabije rivier, sloot of gracht). Werkt het beste indien de stroom door je hoofd of door je hart slaat; zo niet, dan houd je er slechts vreselijke brandwonden aan over.
> NB: mensen hebben massieve hoogspanningsschokken overleefd; soms hadden ze slechts derdegraads brandwonden, soms moesten ze het met verlamming of geamputeerde ledematen bekopen.[13]

♦

Op welke grond zou je de *Suicide Methods File* – of andere informatie over zelfmoord – eigenlijk kúnnen verbieden, zoals in *de Volkskrant* werd gesuggereerd dat nodig zou zijn? Informatie verstrekken over zelfmoord is in Nederland immers legaal.[14] Een verbod zou absurde consequenties hebben: dan mogen borden met 'Hoogspanning! Levensgevaarlijk!' namelijk ook niet, en mogen bijsluiters niet langer vermelden dat overdosering tot coma en uiteindelijk tot de dood kan leiden.

Tevens is het legaal om instructies voor zelfmoord te geven, ondanks wat een van De Vissers bronnen, een zegsman van het ministerie van Justitie, beweert: 'Advies mag, instructie niet.' Het enige dat niet mag, is iemand metterdaad helpen: pillen verschaffen, dodelijke drankjes toebereiden of gevulde spuiten aanleveren; evenmin mag je iemand aanzetten tot zelfmoord. Maar informatie en instructie geven mag wel degelijk. Onderzoekster Ella Arensman (ze werkt in Leiden bij de vakgroep klinische en

gezondheidspsychologie en wordt in het artikel uitgebreid geciteerd) haakt gretig in op het vers geschapen misverstand, en zegt: '[Deze site] gaat veel te ver. De grens tussen advies en instructie wordt overschreden. De politiek moet iets ondernemen tegen dit gevaar.' Alsof een stem in haar achterhoofd Arensman waarschuwt dat het onderscheid waarop ze zich baseert voor de wetgever niet bestaat, vervolgt ze: 'Als dat niet strafrechtelijk kan, dan moet dat maar op ethische gronden.'

Aanzetten tot zelfmoord doet deze site nu juist wél, beweert De Vissers tweede bron, psychiater Jan Neeleman, die aan de Rijksuniversiteit Groningen onderzoek doet naar risicofactoren voor suïcidaal gedrag. 'Vooral onder jongeren bestaat het gevaar van imitatiegedrag,' legt hij uit. 'Als in een soapserie iemand overlijdt door een overdosis, zie je in de weken daarna een stijging van het aantal zelfmoorden door een overdosis.'

Je hoort die theorie vaker. Diezelfde Neeleman waarschuwde na de dood van Herman Brood in juli 2001 opnieuw voor navolging: 'Mensen die zich zeer sterk met hem identificeren zouden hem kunnen gaan imiteren. […] Het is een bekend verschijnsel dat het aantal gevallen van of pogingen tot zelfmoord toeneemt wanneer een beroemdheid de hand aan zichzelf heeft geslagen,' aldus Neeleman.[15]

Jeroen Brouwers bespreekt deze imitatietheorie in zijn amusante boek *De versierde dood*. Uiterst verhelderend is zijn aanhaling van psycholoog René Diekstra, die onder meer met de volgende gotspe kwam aanzetten: 'Men spreekt dan ook wel van model- of imitatie-suïcides. Een duidelijk voorbeeld is de film *Sophie's Choice* geweest. Die

handelt over een meisje dat een relatie heeft met twee jongens. Hij eindigt met een hele romantische dubbelsuïcide. Ik heb er geen statistieken van, maar die film zal zonder twijfel een opleving te zien hebben gegeven van dubbelzelfmoorden onder jongeren.' (Nu is Diekstra wel de laatste die zich over andermans kopieerdrang heeft te beklagen, maar dit terzijde.)

Werkelijk geweldige wetenschap hebben we hier te pakken, monkelt Brouwers, die Diekstra roept maar wat: 'zonder enig wetenschappelijk onderzoek en zonder dito bewijsvoering, beweert hij ex cathedra dat dit of dat "zonder twijfel" zus of zo zal bewerkstelligen.'[16] Voor Neeleman geldt hetzelfde: ook hij stelt met veel aplomb dat imitatiezelfmoord 'een bekend verschijnsel' is, maar staaft zijn bewering nergens.

Dat kan ook niet. In 1993 bevestigde het CBS een eerder onderzoek van de Rijksuniversiteit Utrecht waaruit bleek dat publicaties over zelfmoord juist niet tot een golf van nieuwe gevallen leidde, evenmin als de vermelding van zelfmoord in overlijdensadvertenties dat deed. 'Wij krijgen er veel vragen over,' zegt CBS-medewerker Koper. 'Dus we hebben de feiten maar op een rijtje gezet en nadrukkelijk naar buiten gebracht.'[17] De conclusie: berichtgeving over zelfmoord heeft geen invloed. Sinds de verschijning van dit onderzoek weigeren kranten niet langer overlijdensadvertenties waarin aan zelfmoord wordt gerefereerd.

Ook buitenlandse instanties verwerpen de theorie tegenwoordig: in een recente publicatie in samenwerking met het prestigieuze Amerikaanse Center for Disease Control and Prevention (CDC) wordt zelfs becijferd dat

mensen die in hun onmiddellijke omgeving met zelfmoord te maken hebben gehad, iets minder vaak dan anderen zelfmoord plegen. Hetzelfde zou gelden voor mensen die er via de media over hebben gelezen. De conclusie: 'Blootstelling aan verslagen van zelfmoord in de media en, in iets mindere mate, blootstelling aan de zelfmoord van vrienden of kennissen zou mensen zelfs in zekere mate kunnen beschermen.'[18]

Neeleman en Diekstra beseffen kennelijk niet dat potentiële zelfmoordenaars, áls ze al zo gemakkelijk beïnvloedbaar zijn, zich natuurlijk even hard in omgekeerde richting laten beïnvloeden. Bijvoorbeeld door de golf van publiek verdriet die na de dood van Herman Brood of Kurt Cobain door de media sloeg. Als je ziet hoe kapot de dochters van Brood zijn van de wanhoopsdaad van hun vader, besef je eens te meer hoe erg je intimi door jouw dood zullen worden getroffen.

Net zoals tieners geen zelfmoord plegen uitsluitend omdat het puberbandje *Take That* uit elkaar gaat, maakt niemand zich van kant alleen omdat Brood van het Hilton is gesprongen. Er moet heel wat meer aan de hand zijn wil een mens zich van een dak af durven storten. Wat veel waarschijnlijker is, is dat in de periode na Broods zelfmoord alle mensen die zichzelf op eenzelfde manier het leven benemen, op Broods conto worden geschreven.

Ik kende in Nederland in die periode drie suïcidale mensen die al langer de gedachte met name aan springen niet konden loslaten, in die mate dat die gedachte hen in de greep had. Een van hen heeft zich uiteindelijk verdronken; was zij gesprongen, dan was haar wanhoopsdaad in de media vermoedelijk als imitatie

bestempeld en Brood in de schoenen geschoven. Waarmee de wankele redenering zichzelf schijnbaar bewezen zou hebben en voortaan als nog hardere waarheid verkondigd kan worden, en er met grof gemak voorbij wordt gegaan aan de echte motieven van de betrokkenen.

Een vergelijkbaar fenomeen ontstond nadat popheld Kurt Cobain zich in april 1994 een kogel door het hoofd had geschoten: ook toen werden de zelfmoorden die jongeren daarna per pistool pleegden, hem aangerekend. (Dat is altijd heel praktisch, een dode iets verwijten. Iedereen kan zijn gelijk over een lijk halen.) Maar Amerikaanse jongeren pleegden al jarenlang zelfmoord met pistolen; het is in de Verenigde Staten de meest voorkomende zelfmoordmethode. Waarom moest Cobain ineens als verklaring opgevoerd worden?

Een mensenleven moet al behoorlijk getroebleerd zijn wil iemand een dergelijk dramatisch 'voorbeeld' volgen. Brouwers verhaalt in *De versierde dood* van een wetenschappelijk onderzoek naar een Amerikaanse zelfmoordgolf, waaruit precies dat blijkt. De golf begon met de gezamenlijke zelfmoord van vier tieners in het stadje Bergenfield: ze vergasten zichzelf in een garage. De viervoudige zelfmoord werd breed in de pers uitgemeten, en in de vijf weken erna deden zich vijfendertig dubbelzelfmoorden voor.

Donna Gaines onderzocht ze in haar boek *Teenage Wasteland* en kwam tot de conclusie dat er sprake was van grote wanhoop en frustratie onder die jongeren: gemiste kansen en slechte perspectieven, depressie en moedeloosheid, vervreemding en bodemloze verveling. Het was niet het voorbeeld dat deed volgen. Het waren de

belazerde omstandigheden waarin ze verkeerden die deze jongeren tot de dood deed besluiten.19 Of er nu inderdaad sprake was van een piek in de statistiek, vermeldt Brouwers helaas niet.

Voor zover er al sprake is van navolging, lijkt die imitatie eerder besloten te liggen in de gekozen methode dan in de zelfmoord zelf. Navolging is een vormkwestie. In de weken na het drama in Bergenfield was koolmonoxide plots populair; na Cobain waren het kogels. Maar nadat INXS-zanger Michael Hutchence zichzelf in november 1997 verhing, was er geen golf in verhangingen. Er was zelfs geen golf in zelfmoorden, wat de hele imitatietheorie meteen omverhaalt.

Sowieso hebben die bezorgde waarschuwingen over navolging een wrange bijsmaak. Ze worden namelijk alleen geventileerd bij zelfmoorden die worden afgekeurd, zonder dat de spreker dat overigens hardop zegt, wat me het akelige idee geeft dat zo'n waarschuwing eigenlijk niets anders is dan een schijnheilige trap na. Nadat Hannelore Kohl, de echtgenote van voormalig bondskanselier Helmut Kohl, zichzelf op 5 juli 2001 had omgebracht – nog geen twee weken voor Herman Brood – hoorde je niemand over het risico van imitatie. Hannelore Kohl was respectabel, ziek en had een gedeukte echtgenoot. Dan is zelfmoord kennelijk minder schandalig; er werd in elk geval aanzienlijk minder gechoqueerd over gedaan. Die waarschuwingen, dat zijn verkapte beledigingen – zowel aan het adres van de 'voorbeelden' als aan dat van hun vermeende navolgers.

♦

Mensen die op sites als die van Thisbe stuiten, wenden zich niet meer tot de hulpverlening, luidt het volgende verwijt in *de Volkskrant*. Ter staving van deze stelling werd een artikel uit *British Medical Journal* (bmj) aangehaald. Volgens De Visser betrof het een wetenschappelijk onderzoek dat als slotsom had 'dat Internet sites waarop advies wordt gegeven over zelfmoord, gevaarlijk zijn omdat ze patiënten kunnen weerhouden van het zoeken naar psychiatrische hulp.'

Dit klinkt een beetje alsof iedereen de psychiatrie en psychologie abrupt terzijde zou schuiven na er een teleurgesteld of kritisch verhaal over te hebben gelezen. Dat is niet alleen een opstelling die van zelfonderschatting van de branche getuigt (en wie wil er nu hulp van een instantie met zo'n lage eigendunk, vraag je je af), ook klinkt er een curieuze vorm van broodnijd in door.

Waarom zouden mensen niet allebei kunnen raadplegen? De psychiatrie kan toch moeilijk het monopolie opeisen op gesprekken met mensen die met zelfmoordplannen rondlopen. Dat is een absurde en onterechte toeëigening, en bovendien een selectieve. Ik heb psychiaters nog nooit boos horen worden wanneer de kerk zich via haar zielzorgers over gebroken mensen ontfermt.

Er is een heel ander probleem: de psychiatrie is vaak niet effectief. Er zijn te veel mensen die al jaren bij psychiaters en psychologen onder behandeling staan en die al langer dan ze lief is antidepressiva gebruiken, zonder dat het ze een zier helpt. Ze willen nog steeds oprecht dood, omdat hun dat de enige weg uit hun ellende toeschijnt. En serieuze gesprekken over zelfmoord (over de

hang ernaar of de vrees ervoor) gaat de hulpverlening helaas vaak uit de weg.

Thisbe doet dat niet. Dat siert haar, en om die reden verdient ze eerder een pluim dan een slecht beargumenteerde aanval. Te meer daar suïcidale mensen tegen alle verwachting in, inclusief die van henzelf, regelmatig dramatisch opknappen indien hun doodswens openhartig besproken kan worden. Soms omdat er dan ineens een fixatie uit de weg is geruimd, soms omdat, wanneer de dood eindelijk minder onbereikbaar lijkt, ze onder ogen kunnen zien wat hen toch nog aan het leven bindt, soms ook omdat zelfmoord plegen toch wel erg definitief en gruwelijk blijkt te zijn. En dat is precies wat bezoekers in Thisbes gastenboek schreven:[20]

- Deze site zal je niet tot zelfmoord aanzetten. [Hij zal] je eerder nog meer laten nadenken over wat je doet. Je wordt geconfronteerd met iets en het bestaat dus niet meer alleen in je hoofd. En iets wat alleen in je hoofd zit, zal je eerder tot dingen aanzetten dan iets waarmee je geconfronteerd wordt.
- Bedankt!!!!!! ik zat net te denken over zelfmoord, maar nu ik deze site heb gelezen ben ik een stuk vrolijker, don't ask me why...
- Deze site heeft in ieder geval een leven gered.

Onthutsend is dat het artikel uit de BMJ dat De Visser aanhaalt ter adstructie van het gevaar dat deskundigen in Thisbes site zien, sites als deze juist lof toezwaait omdat ze suïcidale mensen aanzetten tot praten. Wie niet op De Visser of *de Volkskrant* vertrouwt en de BMJ zelf opzoekt, ontdekt dat er ten eerste geen sprake is van

wetenschappelijk onderzoek maar van een nieuwsberichtje over een rapport, waarin ten tweede serieuze sites op één lijn worden gesteld met die van satirische organisaties als The Church of Euthanasia of met sensatieachtige sites.[21]

Het rapport zelf is weliswaar enigszins gereserveerd over sites waar mensen uitgebreid hun slechte ervaringen met de psychiatrie beschrijven, maar het wijst er daarnaast op dat 'internet benut kan worden om suïcidale mensen op te sporen en met hen in contact te treden, omdat [serieuze] sites de bezoekers aanmoedigen zichzelf bloot te geven.'

Een van die serieuze organisaties op het net, de Samaritans, meldde blijkens datzelfde artikeltje in de BMJ dat zij in 1998 meer dan 15.000 e-mails had ontvangen van mensen die contact zochten, en voor 1999 25.000 mailtjes verwachtte. Daar zaten relatief veel jongeren bij: naar schatting de helft. Van degenen die via e-mail contact zochten, meldde 51 % zich op het moment van schrijven suïcidaal te voelen; in telefoongesprekken zeggen minder dan 25 % van de bellers iets vergelijkbaars. De Samaritanen menen dan ook dat mensen makkelijker vertellen hoe ze zich voelen als ze dat via het net kunnen doen.[22]

'Bij jongeren zijn gevoelens vaak tijdelijk. Vaak lucht het op als ze over hun depressieve gedachten kunnen praten,' zegt Ella Arensman terecht in *de Volkskrant*. Dat dit nu precies is wat ze op Thisbes webforum doen, wil er bij haar echter niet in. Ook VVD-kamerlid Otto Vos sloeg de plank ernstig mis: 'Het isolement van degene die zelfmoord wil plegen, wordt hiermee alleen maar versterkt. Een dergelijke site is erg onverstandig.'[23]

♦

Het *Volkskrant*-artikel bevat tenslotte nog een prachtig staaltje misvorming van wetenschap. Een van de deskundigen die aan het woord komen, de zojuist genoemde Arensman, heeft onderzoek gedaan naar mensen die een zelfmoordpoging deden en in hun opzet mislukten. 'Tachtig procent van hen was uiteindelijk blij dat de poging was mislukt,' vat *de Volkskrant* triomfantelijk samen. De implicatie is dat de meeste mensen die een zelfmoordpoging doen, daar later spijt van hebben.

Dat nu is een domme conclusie, had ik bijna geschreven, en: werkelijk, ik had de wetenschap hoger aangeslagen dan dit. De controlegroep kan immers niet meer spreken. Dit luttele feit reduceert elk onderzoek naar satisfactie over slagen versus mislukken tot giswerk: de succesvolle zelfmoordenaars zijn immers dood. Mensen die halfhartig zijn in hun doodsverlangen – en wier zelfmoordpoging mogelijk eerder als noodkreet, als hulpvraag of als opwelling beschouwd moet worden dan als een volhardende wens – zullen minder effectief zijn dan zij die hun zelfmoord lange tijd hebben overwogen en grondig hebben voorbereid.

De overlevingskans bij een goed voorbereide zelfmoord is klein, terwijl die kans bij een poging uit nood of opwelling gewoonlijk groot is. Onder de overlevenden zijn degenen die niet heel hartgrondig dood wilden, daarom per definitie oververtegenwoordigd. De veertig, zestig of negentig procent van mensen die opgelucht zijn over hun succesvolle zelfmoord, zijn uit de aard der zaak niet in Arensmans statistieken terug te vinden. Ze zijn

dood, en wilden dat van ganser harte. En waarover men niet meer spreken kan, daarover zwijgt men.

Navraag bij Arensman zelf leerde me echter dat haar onderzoek over heel iets anders ging dan *de Volkskrant* suggereerde.[24] Arensman wilde achterhalen wat de risicofactoren voor zelfmoord zijn en of je – zo ja, hoe – kunt voorspellen of er een kans bestaat op herhaling bij mensen die een zelfmoordpoging achter de rug hebbeen. Arensman heeft überhaupt niet gevraagd naar 'spijt'. Ze vroeg mensen of er in de periode die na hun poging verstreken was, verbetering opgetreden was in hun gemoedstoestand. Dat bleek vaak zo te zijn.

Wat Arensmans onderzoek vooral liet zien, is dat de wens tot zelfmoord niet altijd blijvend is. Na een mislukte poging klaart veelal de lucht, juist door die poging: alsof er een impasse is doorbroken of een inzicht afgedwongen. Voorts maakte juist de zelfmoordpoging op dramatische wijze een gesprek over iemands situatie onontkoombaar, een gesprek dat voor die poging kennelijk niet gevoerd was en dat zonder die poging mogelijk helemaal niet tot stand was gekomen.[25]

Maar in zulke feiten had *de Volkskrant* geen interesse. Die wilde alleen maar een 'zelfmoordsite' aan de kaak stellen: een site die vrijelijk informatie over zelfmoord aanbiedt en mensen daarmee een instrument verschaft om hun doodswens tegen het licht te houden.

Statistiek en methodes

Zelfmoorden zijn notoir lastig te becijferen. Een val van de trap of uit het raam kan een ongeluk zijn, maar ook opwelling of voorbedachte rade. Zelfmoordenaars trachten, om emotionele of financiële redenen, hun daad soms te verbloemen: kinderen willen hun ouders niet met die last opzadelen, echtgenoten willen levensverzekeraars geen argument geven om niet aan de overblijvende uit te keren.

Soms wordt zelfmoord simpelweg niet als zodanig herkend. Er zijn allerlei gevaarlijke sporten waar deelnemers permanent de dood tarten – of mogelijk zoeken ze hem op. Is de dood van zo'n *thrill seeker* een ongeluk of een verkapte zelfmoord? Wie zich in de auto doelbewust te pletter rijdt, wordt eerder als verkeersdode in de statistieken geboekt dan als zelfmoordenaar. Verslaafden die een overdosis nemen, doen dat regelmatig opzettelijk; toch worden ze op conto van de drugs weggeschreven. Ook oude mensen die met eten en drinken stoppen en die door versterving overlijden, worden niet als zelfmoordenaars geregistreerd. Bij ernstig zieke mensen die zonder medeweten van hun arts een overdosis van hun medicijnen nemen (bijvoorbeeld door morfinepleisters bij te plakken), wordt vaak een natuurlijke doodsoorzaak opgegeven.

In sommige landen is het maskeren van zelfmoord door nabestaanden zelfs bittere noodzaak. In Griekenland bijvoorbeeld mochten zelfmoordenaars (in elk geval tot

voor kort) om religieuze redenen niet op een kerkhof worden begraven, terwijl het land geen crematoria kent en amper neutrale begraafplaatsen. Een Griekse familie moet bijkans wel liegen om een zelfmoordenaar te kunnen begraven. Geen wonder derhalve dat Griekenland een van de Europese landen is met de laagste zelfmoordcijfers.[1] Iedereen doet er zijn uiterste best om een dergelijke dood te verdonkeremanen.

♦

Voor zover zelfmoord herkend en geregistreerd wordt, luiden de officiële cijfers als volgt: in Nederland plegen elk jaar ongeveer duizend mannen en vijf- tot zeshonderd vrouwen zelfmoord. Dat zijn vier tot vijf mensen per dag. Samen vormen ze 1,1 % van de jaarlijkse sterfgevallen. Het aantal zelfmoorden is al decennialang min of meer stabiel en schommelt slechts licht. Zo was er (onder de mannen) een lichte dip gedurende de jaren van de wederopbouw en een lichte piek (bij mannen en vrouwen) in de jaren tachtig jaren van de twintigste eeuw. Thans lijken we weer op het eeuwgemiddelde af te stevenen.

Zelfmoordonderzoekers nemen meestal slechts de jaren na de Tweede Wereldoorlog in ogenschouw en wijzen dan graag op de 'plotselinge' piek in de jaren 1975-1989 (en op de fortuinlijke afname in de jaren erna, die meestal aan preventiebeleid wordt toegeschreven) zonder acht te slaan op het feit dat de zelfmoordcijfers aan het begin van de twintigste eeuw zeker even hoog waren. Waarschijnlijker is dat de oude theorie opgaat dat in tijden van maatschappelijk tumult en economische neergang

zelfmoord vaker voorkomt dan anders: zowel de jaren voor de Eerste Wereldoorlog als de jaren zeventig en tachtig van de twintigste eeuw werden gekenmerkt door grote maatschappelijke onrust. De al even klassieke theorie dat zelfmoord drastisch afneemt in tijden van oorlog, kan met deze cijfers echter niet worden gestaafd. In 1940-1945 zakten de zelfmoordcijfers amper in, en dat deden ze juist wél toen de Wederopbouw zijn beslag vond, van 1955 tot 1970.

Nederland	aantallen per 100.000		
	mannen	vrouwen	verhouding m/v
1900-1904	19	7	2,7
1905-1909	21	7	2,9
1910-1914	18	7	2,6
1915-1919	16	7	2,2
1920-1924	16	7	2,4
1925-1929	15	7	2,3
1930-1934	17	7	2,5
1935-1939	17	8	2,2
1940-1944	15	10	1,5
1945-1949	15	8	2,0
1950-1954	12	6	2,0
1955-1959	12	8	1,6
1960-1964	13	7	1,7
1965-1969	13	8	1,7
1970-1974	16	10	1,5
1975-1979	17	11	1,5
1980-1984	20	12	1,6
1985-1989	19	11	1,8
1990-1994	17	9	1,9

Tabel 1. Zelfmoord per periode en naar sekse in Nederland, in aantallen per 100.000 (1900-1994). Bron: CBS.[2]

Griekenland, Italië, Spanje en Portugal hebben, samen met Engeland, Wales en Noord-Ierland, binnen Europa de laagste zelfmoordcijfers. Nederland staat op een (verhoudingsgewijs lage) negentiende plaats in de Europese ranglijst. In België ligt het aantal zelfmoorden bijna tweemaal zo hoog als in Nederland. Rusland, Hongarije en Finland hebben de hoogste Europese zelfmoordcijfers.[3] (In Hongarije doet de navrante grap de ronde dat geen enkel ander land zoveel alcoholisten, zelfmoordenaars én Nobelprijswinnaars kent.)

De cijfers voor de Verenigde Staten zijn ongeveer gelijk aan die van Nederland: daar plegen jaarlijks circa 31.000 mensen zelfmoord, oftewel 1 % van het aantal sterfgevallen per jaar. Derek Humphrey, de auteur van *Final Exit* en oprichter van de Hemlock Society, wijst er echter op dat volgens experts de werkelijke aantallen zeker tweemaal en mogelijk zelfs driemaal hoger zijn.[4] Er is geen reden om aan te nemen dat deze schattingen voor Nederland anders liggen.

Nederland	totaal	mannen		vrouwen	
		absoluut	%	absoluut	%
1988	1.659	1.054	63,5	605	36,5
1989	1.674	1.045	62,4	629	37,6
1990	1.620	1.021	63,0	599	37,0
1991	1.611	1.033	64,1	578	35,9

1992	1.587	1.041	65,6	546	34,4
1993	1.555	1.020	65,6	535	34,4
1994	1.584	1.085	68,5	499	31,5
1995	1.511	1.000	66,2	511	33,8
1996	1.577	1.043	66,1	534	33,9
1997	1.570	1.042	66,3	528	33,6
1998	1.319	1.002	66,0	517	34,0

Tabel 2. Zelfmoord naar sekse 1988-1998 in Nederland, in absolute aantallen. Bron: CBS.[5]

Gemiddeld zestienhonderd zelfmoorden per jaar. Ter vergelijking: per jaar sterven in Nederland nog geen twaalfhonderd mensen door een verkeersongeluk, een overigens gestaag dalend aantal,[6] en in 2000 stierven bijna negentienhonderd mensen door euthanasie.[7] Van alle geregistreerde niet-natuurlijke sterfgevallen bij elkaar, dat wil zeggen van alle mensen die overlijden door privé- en bedrijfsongevallen, verkeersongelukken of moord en doodslag, is ruim een derde het gevolg van zelfmoord.[8]

♦

ER IS VEEL CIJFERWERK VERRICHT rond (h)erkende zelfmoordgevallen, grotendeels vanwege de behoefte om risicogroepen te beschrijven en zodoende preventief te kunnen optreden. Mannen plegen bijna tweemaal zo vaak zelfmoord als vrouwen. De verhouding tussen mannen en vrouwen trekt langzaam recht: aan het begin van de twintigste eeuw pleegden mannen bijna driemaal vaker zelfmoord dan vrouwen, momenteel bijna tweemaal vaker (zie tabel 1).

Onder psychiatrische patiënten komt zelfmoord ongeveer tien keer zo vaak voor als onder de rest van de bevolking: een op de duizend psychiatrische patiënten brengt zichzelf om. Bij opgenomen patiënten is dat aantal nog veel hoger: een op de driehonderd maakt een eind aan zijn leven.[9] Weduwen plegen iets vaker zelfmoord dan weduwnaars, en gescheiden mannen plegen twee keer zo vaak zelfmoord als gescheiden vrouwen.[10] Onkerkelijke mensen plegen vaker zelfmoord dan kerkgangers. In de stad pleegt men vaker zelfmoord dan op het platteland, en in de grote steden meer dan elders. Amsterdam, Eindhoven en Nijmegen zijn de koplopers: hier plegen circa anderhalf maal zoveel mensen zelfmoord als in de rest van Nederland.[11]

Het meest opmerkelijke feit is dat al deze gegevens vrijwel constant zijn, dwars door culturen heen. Hoewel de precieze verhoudingen licht kunnen verschillen, gelden bovengenoemde trends voor alle Westerse landen.

In Westerse landen is zelfmoord, in relatieve cijfers, de belangrijkste doodsoorzaak voor mensen tussen de twintig en veertig. Niet omdat zij vaker dan anderen zelfmoord plegen, maar omdat in die leeftijdsgroep weinig mensen op de 'normale' manier overlijden, dat wil zeggen aan ziekte.[12]

In absolute aantallen zijn zelfmoordenaars redelijk gelijk verdeeld over de verschillende leeftijdsgroepen. Onder Nederlandse mannen is het aantal zelfmoordenaars na het dertigste levensjaar heel stabiel: zo'n zestien tot achttien mannen per honderdduizend brengen zichzelf om. Bij vrouwen stijgt het aantal zelfmoordenaars langzaam naarmate ze dichter bij de leeftijdsgroep van

vijftig tot zestig komen; na die leeftijd blijft hun aantal min of meer gelijk.

Er is één verrassende uitschieter: nergens zijn zelfmoordcijfers zo schrikbarend hoog als onder mannen van tachtig en ouder. Van hen pleegt in Nederland bijna *vijftig* op de honderdduizend zelfmoord.[13] Hetzelfde geldt voor andere Westerse landen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld overlijden vijfenzestig op elke honderdduizend mannen boven de 85 door zelfmoord.[14]

Nederland	15-19 jr	20-39 jr	40-59 jr	60-79 jr	80 jr >
1970-1974	4	8	16	22	29
1975-1979	4	10	17	21	25
1980-1984	4	13	18	24	31
1985-1989	4	13	17	20	24
1990-1994	4	12	14	16	22
1970-1994	4	11	16	20	26

Tabel 3. Zelfdodingen naar leeftijdsgroep in Nederland, 1970-1994. Bron: CBS (1995).

Met de leeftijd verandert ook de motivatie om zelfmoord te plegen, voor zover die na iemands dood nog te traceren is. Antoon Leenaars, psycholoog en ex-voorzitter van de *Canadian Association for Suicide Prevention* en van de *American Association of Suicidology*, waarschuwt echter op voorhand dat er nimmer een eenduidig antwoord valt te geven op de vraag naar iemands redenen om uit het leven te stappen.

Zelfmoord is vooral een kwestie van een emmer die eindelijk overloopt, stelt hij. 'Zelfmoord is multidimensionale malaise. Er spelen altijd zowel biologische, psychologische, intrapsychische, logische, bewuste en onbewuste, interpersoonlijke, sociologische, culturele als filosofisch/existentiële elementen.'[15] En dan gaat Leenaars in zijn opsomming nog voorbij aan politieke en economische motieven: van Japanse kamikazepiloten in de Tweede Wereldoorlog, zelfverbranding uit protest of terroristische zelfmoordcommando's tot Europese boeren die uit wanhoop over de economische consequenties van de mond- en klauwzeercrisis zelfmoord pleegden. (In juli 2001 was de stand in Nederland zeventien boeren.[16])

Leenaars heeft onderzoek gedaan naar de briefjes die mensen na hun suïcide achterlieten en kwam tot de conclusie dat de accenten totaal verschillend liggen, afhankelijk van de leeftijd van de zelfmoordenaar.[17] De nagelaten briefjes van jongere mensen gaven blijk van meer zelfhaat en agressie dan die van ouderen, die veel vaker getuigden van moedeloosheid, wanhoop en mentale of fysieke uitputting. Leenaars kwam tot de volgende kenschets: bij de groep van twintig- tot veertigjarigen spelen relaties (of de neergang daarvan) de hoofdrol in hun beslissing zelfmoord te plegen; bij veertig- tot vijftigjarigen het idee niet tegen hun verantwoordelijkheden of het leven opgewassen te zijn; vijftig- tot zestigjarigen zeggen weinig over hun motieven en laten hoofdzakelijk instructies na; mensen ouder dan zestig tenslotte verwijzen vooral naar ziekte, pijn, eenzaamheid en isolement.

Ook naar 'favoriete' tijdstippen is onderzoek gedaan, en de resultaten daarvan gaan rechtstreeks in

tegen alle ingeburgerde noties over zelfmoord: mensen plegen meest overdag zelfmoord (niet 's nachts); op maandag vinden de meeste zelfmoorden plaats (niet in het weekend); in de late lente en vroege zomer wordt vaker zelfmoord gepleegd dan in elk ander seizoen (in de donkere dagen van december juist het minst van alle maanden); rond nieuwe maan komt zelfmoord vaker voor dan bij volle maan.[18]

♦

Ook over de methodes die mensen gebruiken, heeft het CBS cijfers beschikbaar.

NL	ophangen / verwurgen	pillen	voor de trein	verdrinken	overig en onbekend
1990	642	198	196	219	365
1991	638	217	194	191	371
1992	597	232	232	187	339
1993	609	253	206	156	331
1994	648	254	217	153	312
1995	647	248	173	129	314
1996	680	242	161	133	361
1997	667	256	169	130	348
1998	666	242	169	136	306
1999	652	263	168	121	313

Tabel 4. Zelfmoordmethodes in absolute aantallen, Nederland 1990-1999. Bron: CBS.[19]

België	ophangen / verwurgen	pillen	vuur-wapens	verdrinken	overig en onbekend
1992	805	288	270	202	313
1993	1.007	290	293	215	337
1994	969	316	307	207	332
1995	995	347	289	198	326

Tabel 5. Zelfmoordmethodes in absolute aantallen, *België 1992-1995.*[20]

Ophanging en verwurging wordt in Nederland door zowat de helft van de mannen gebruikt, terwijl slechts ongeveer eenderde van de vrouwen deze methode kiest. Vrouwen gebruiken gemiddeld twee keer zo vaak als mannen medicijnen om zich te doden en verdrinken zichzelf vaker dan mannen. Beide seksen springen even vaak voor de trein. Kogels, gif (anders dan medicijnen), van een hoogte afspringen, versterving en koolmonoxidevergiftiging zijn niet uitgesplitst.

Methodes om zelfmoord te plegen zijn, in tegenstelling tot groepskenmerken, sterk gebonden aan nationale cultuur, die sommige middelen immers eenvoudiger voorhanden stelt dan andere. In het oude Rome waren dolksteken in het hart favoriet, terwijl de oude Grieken het bij voorkeur met gif deden, met name met dollekervel. In Parijs, met zijn rivieren en bruggen, was verdrinking in de negentiende eeuw dusdanig populair dat de vissers geld kregen voor elk lijk dat ze uit het water visten.[21] Zowel onder eskimo's als vroeger in Japan was bevriezing een gewilde methode voor bejaarden en moedelozen: de zelfmoordenaar trok er in een

sneeuwstorm op uit of beklom een berg tot boven de kougrens en wachtte daar op de dood.[22]

Soms zijn er zelfs sterke regionale verschillen: in Hongarije doden inwoners van Szekszárd zich bij voorkeur door van de hoge brug daar af te springen; rondom het Balatonmeer kiezen veel mensen voor de trein, en in Pécs verhangen de meeste zelfmoordenaars zich.[23] Er speelt, buiten het beschikbaar zijn van methodes, ook een element van proefondervindelijkheid een rol: wie gehoord heeft dat een ander in zijn stad of streek een bepaalde methode met succes gebruikt heeft, zal eerder geneigd zijn die ook zelf toe te passen als hij dood wil.

VS 1998	mannen		vrouwen	
	absoluut	%	absoluut	%
vuurwapens	15.104	61,6	2.320	38,4
ophanging / verwurging	4.713	19,2	1.013	16,8
vergiftiging medicijnen	1.709	7,0	1.637	27,1
vergiftiging met gas	1.322	5,4	404	6,7
anders (totaal), waarvan:	1.690	6,9	663	11,0
– van hoogte springen	432	1,8	189	3,1
– snijden en steken	388	1,6	88	1,5
– voor trein of auto	248	1,0	73	1,2
– verdrinking	236	1,0	139	2,3
– verbranding	104	0,4	54	0,9
– auto laten botsen	96	0,4	37	0,6

Tabel 6. Zelfmoordcijfers en -methodes naar geslacht, Verenigde Staten 1998. [24]

Waar de meeste Nederlanders zich door verhanging of wurging om het leven brengen – het is een heel prozaïsche methode, je hebt er niet veel meer voor nodig dan een touw en een plafond, hanenbalk of trapgat – schieten zij zich zelden dood: het is in Nederland lastig om aan vuurwapens te komen.

In de Verenigde Staten echter, waar de grondwet waarborgt dat burgers zich zonder al te veel moeite een pistool of geweer kunnen aanschaffen, is het gebruik van zulke wapens veruit de favoriete methode. Ruim de helft van de Amerikanen die zelfmoord plegen, doen dat door zich een kogel door hoofd of hart te schieten. Daarentegen werpen zij zich zelden voor de trein, uiteraard bij ontstentenis van een dichtvertakt spoorwegstelsel zoals het Nederlandse. In België, waar schietgerei veel makkelijker te koop is dan in Nederland, is het aantal zelfmoorden met de kogel aanzienlijk hoger (13,4 %) zodat deze methode daar op de derde plaats staat, na ophanging (46 %) en vergiftiging (17,3 %). Opmerkelijk is dat Amerikanen, ondanks de hoeveelheid wolkenkrabbers en hoge bruggen in de grote steden, zelden springen.

♦

Al naar gelang de preventiemaatregelen die nationale overheden nemen, veranderen de methodes die zelfmoordenaars gebruiken. Tussen 1960 en 1970 is Nederland (weliswaar om andere redenen) omgeschakeld van het giftige stadsgas op het verhoudingsgewijs onschuldiger aardgas. Werd tussen 1950 en 1962 nog twintig procent van alle zelfmoorden gepleegd met gas, in

1969 was dat gedaald tot één procent en nu schommelt het percentage rond de twee.[25] 'Aan het gas gaan liggen' was een betrekkelijk zachte vorm van zelfmoord; medicijnen in combinatie met alcohol lijken het gas op dit punt te hebben vervangen. De verandering in samenstelling van gas heeft niet geleid tot minder zelfmoorden in totaal.

Ook de betrekkelijk recente uitrusting van auto's met katalysator, waardoor het koolmonoxidegehalte in uitlaatgassen wordt teruggebracht – milieuoverwegingen waren hiervoor overigens de reden, niet de wens om zelfmoord terug te brengen – helpt niet om het aantal zelfmoorden te reduceren: met katalysators kun je rommelen, en het branden van briketten op een barbecue in een afgesloten ruimte zoals een badcel heeft hetzelfde effect. Wél met het oogmerk om zelfmoord tegen te gaan, worden steeds meer treinviaducten met hekken uitgerust; de bescherming van machinisten staat voorop. De ervaring leert echter dat zelfmoordenaars dan simpelweg een ander deel van het spoortraject uitzoeken. Ramen in flatgebouwen worden beveiligd met 'kindersloten'; kantoorgebouwen met een open atrium zijn tegenwoordig meestentijds uitgerust met vangnetten en extra obstakels langs de binnengalerijen.

Vesparax, seconal en nembutal zijn medicijnen die veelvuldig voor zelfmoord werden gebruikt. Met name om die reden worden zij nog maar zelden voorgeschreven; in sommige gevallen zijn ze zelfs geheel van de markt gehaald. In Nederland is de pijnstiller depronal (in andere landen bekend als darvon, develin en deprancol) om die reden zowat in de ban gedaan.[26] Develin wordt in Duitsland – hoofdzakelijk om zijn nut als

zelfmoordmedicijn – niet meer door het ziekenfonds vergoed. Zo'n restrictief beleid maakt zelfmoord plegen met deze medicijnen uiteraard moeilijk.

Overheden zijn daar vaak razend trots op: 'Onderzoek toont aan dat vermindering van de beschikbaarheid, de aantrekkelijkheid en de schadelijkheid van zelfmoordmethodes een preventief effect heeft. In een groot epidemiologisch project [hebben wij] aangetoond dat het verminderen van de giftigheid en dodelijkheid van antidepressiva, kalmerende middelen en slaapmiddelen geholpen heeft het aantal zelfmoorden met die middelen te verlagen,' schrijft het Zweedse Karolinska Instituut, een academisch instituut waar onder meer onderzoek naar zelfmoord wordt gedaan.[27] Een open deur van jewelste: als je zorgt dat slaapmiddelen minder dodelijk worden, sterven er uiteraard minder mensen door zelfmoord met slaapmiddelen. Maar dat betekent niet dat er in totaal minder zelfmoorden worden gepleegd: het betekent simpelweg dat mensen naar andere middelen (moeten) grijpen.

De Belgische regering heeft dat mechanisme – in tegenstelling tot veel andere overheden – inmiddels door. In maart 2000 diende het kamerlid Zoé Genot kamervragen in naar aanleiding van een artikel dat in de *Annales françaises de la psychiatrie* was verschenen. Uit dat artikel zou blijken dat wanneer het aantal uitgeschreven recepten voor benzodiazepines met 25 % daalt, ook het aantal zelfmoorden gevoelig zakt. Genot werd via een uitvoerig antwoord door de Belgische minister van Volksgezondheid in het ongelijk gesteld.[28] Terwijl ouderen inderdaad minder benzodiazepines kregen

voorgeschreven, pleegden ze nota bene zelfs vaker zelfmoord – mogelijk omdat ze bij ontstentenis van deze medicijnen onrustiger en paniekerig werden. Voorts antwoordde de minister het kamerlid bits dat, ook al kon je er zelfmoord mee plegen, het pertinent geen pas gaf om mensen effectieve medicijnen tegen paniekaanvallen en slaapstoornissen te onthouden, alleen omdat die middelen soms ook voor andere doelen worden gebruikt.

♦

Tegenover elke geslaagde zelfmoord staan naar schatting minstens zes mislukkingen. Het Amerikaanse *National Institute of Mental Health* stelt zelfs dat tegenover elke geslaagde zelfmoord vermoedelijk twintig tot vijfentwintig pogingen staan.[29]

Vrouwen doen veel vaker dan mannen een zelfmoordpoging, of bot gezegd, gezien het hogere aantal geslaagde zelfmoorden onder mannen: mannen zijn effectiever in hun pogingen. Jongeren doen vaker pogingen dan ouderen, en ouderen slagen meestal meteen in hun opzet.

Van degenen die eenmaal een zelfmoordpoging achter de rug hebben, doet zo'n dertig procent binnen het jaar een (geregistreerde) tweede poging. Vijf procent slaagt binnen tien jaar in zijn opzet.[30] Ongeveer tien procent van alle mensen die ooit een poging hebben gedaan, sterft uiteindelijk ook door zelfmoord.

Je kunt dat ook pessimistisch formuleren: circa de helft van de mensen die een zelfmoordpoging hebben gedaan, probeert het opnieuw. Geo Stone, een

Amerikaanse zelfmoorddeskundige, heeft uitgerekend dat onder hen die eenmaal een poging achter de rug hebben, de kans om het jaar erna door zelfmoord om het leven te komen ongeveer vijftig keer zo hoog is als bij de gemiddelde bevolking.[31]

Doodgaan door zelfmoord is soms een kwestie van oefenen.

Vork

Een van mijn beste vriendinnen, Emma, hoorde een paar jaar geleden tot haar grote schrik dat haar vader zelfmoord wilde plegen. Ze is in die dagen veel bij haar ouders geweest en heeft daar eindeloos gesproken; ook kwam ze regelmatig bij mij langs om bij te komen en haar hart uit te storten. Terwijl ik met dit boek bezig was ontstond het idee om haar verhaal erin op te nemen. We hebben toen opnieuw veel over de gebeurtenissen gesproken. Bij deze Emma's verhaal. Het is in de eerste persoon en de tegenwoordige tijd geschreven, omdat haar vertwijfeling en wanhoop zo beter tot hun recht komen.

♦

Ik had ooit een vader.

Of nu ja, 'ooit': ik had hem wel veertig jaar, wat verhoudingsgewijs lang is, zeker wanneer je in aanmerking neemt dat ikzelf pas een paar maanden veertig ben. En ergens heb ik hem nog steeds, mijn vader, ware het niet dat hij zich momenteel eerder als een nukkig kind gedraagt, als een dwarse stampvoetende puber die alleen nog maar 'Ik wil niet, ik verdom het verder, ik hou ermee op!' kan zeggen, dan wel als een onzekere minnaar die me een paar keer per dag verliefd opbelt om me allerlei irrelevante dingen te vertellen, me vragen te stellen die dik en breed besproken zijn en waarop hij het antwoord allang weet, kortom, die hoofdzakelijk telefoneert om mijn stem te horen. In tegenstelling echter tot de bange geliefde belt hij

niet om zich ervan te verzekeren dat ik er nog ben of om jaloersig te testen of ik inderdaad op elk moment van de dag klaarsta om hem met aandacht te overladen. Hij belt uitsluitend om te weten dat *hij* er nog is.

Mijn vader is namelijk zelfmoord aan het plegen, en hij houdt me op de hoogte van zijn vorderingen.

‖

Je staat er niet bij stil, maar zelfmoord plegen kost veel tijd. Zeker wanneer je het op zijn manier doet. Hij is al anderhalve week met niets anders bezig. Het vult zijn dagen, het bepaalt zijn conversatie, het is het kader waarbinnen hij leeft en het regime dat hij zijn familie oplegt. Hij wil dood en heeft daar zijn enige resterende levenstaak van gemaakt. Er zijn nog mensen die gezien moeten worden, draden die afgehecht moeten worden, taken die afgerond dienen, zaken die regeling behoeven. Dat had hij voorzien. Zulke dingen weet je wanneer je zelfmoord overdenkt, en hij had ze ingecalculeerd.

Waar hij geen rekening mee had gehouden, was dat de mensen die hij op de hoogte stelde, en wie hij soms taken had toebedacht, zoals de huisarts die hem moest vrijwaren van medisch en psychiatrisch ingrijpen en die hem diende te vertellen hoe lang dat eigenlijk duurt: doodgaan door versterving; of mijn zus Ineke en ik, die mama zouden gaan opvangen en hem generaal pardon moesten verschaffen (dat mama dat niet zou doen had hij wel in zijn overwegingen meegenomen, hoewel hij, denk ik, niettemin stiekem hoopte dat ook zij hem absolutie zou schenken)… waar hij niet bij had stilgestaan was dat al die

direct betrokkenen elk hun eigen ideeën en reacties en behoeftes en vragen hebben, hun eigen fixaties of tactieken, dan wel er simpelweg niet van willen weten.

Hij heeft nu bijvoorbeeld ruzie met mama. Zij lijdt onder zijn aangekondigde dood. Ze wil er echter niet over spreken als mijn zus of ik er niet zijn. Samen doen ze alsof hun gewone leven gewoon doorgaat, zij hoopt dat hij daardoor tot inkeer komt, dat de bui overdrijft. Het voornaamste verschil tussen vroeger en nu is dat zij nu heimelijk in de keuken eet. Ze doet dat om hem te ontzien.

Hij betreurt dat: niet samen eten verstoort de vroeger zo genoeglijke dagelijkse routine, en het haalt haar – zo vreest hij – nog meer uit haar doen dan de situatie op zich al doet. Hij had eigenlijk gehoopt dat ze nog een paar weken, tot aan zijn dood, prettig konden doorleven. Hij wil helemaal niet asociaal zijn. Hij wil alleen maar dood, verder niets.

Zij is angstig, verdrietig, ongelukkig en kwaad. Boven alles is ze onmachtig hem van zijn plan af te brengen, en daarbij bovendien bang dat een verkeerde opmerking hem alleen maar zal stijven in zijn wensen. Iets in haar maakt dat ze denkt dat de zaken zelfs nu nog van kwaad tot erger kunnen gaan. Uit wanhoop zwijgt ze over wat gaande is.

Hij ziet haar verdriet maar hij is vanzelfsprekend de laatste die haar troosten kan. Daar voelt hij zich schuldig over, heel erg zelfs, het vreet aan hem, maar zijn zelfmoordplan geeft hij er niet voor op. Hij is tegelijkertijd boos dat zij zich door hem niet troosten laat en zo krampachtig normaal doet. Hij wil haar nog zo graag zijn bescherming en zijn liefde geven nu het nog kan, en is

teleurgesteld dat ze die niet wil en hem dat niet toestaat. Waarom zij zich niet door hem kan laten troosten, is duidelijk: hij is het die dood wil, en zij wil hem niet dood hebben.

Hij doet zijn uiterste best mij en Ineke uit te leggen waarom hij dood wil. Hij zoekt begrip. Hij zou willen dat Ineke en ik achter hem stonden en hem wellicht zelfs steunden. (Hoe naïef van hem: alsof er zoiets bestaat als zelfmoord met algemene instemming. De man ontvouwde zijn voornemen. De massa begon eendrachtig te juichen. 'Strak plan! Doen! We zijn vóór, helemaal voor!')

Dat doen we niet, volledig achter hem staan, ook al helpen we hem wel op onderdelen. Als je écht vindt dat je moet gaan, moet je enigszins netjes kunnen gaan, vinden we, hoewel niets zo onopruimbaar en ongladstrijkbaar is als juist zelfmoord. Zelfmoord is hard en akelig en doet te veel mensen zeer, per definitie. Maar juist hem trachten Ineke en ik te sparen. We willen hem niet met onze eigen schrik overladen (dat hij dood wil is al erg genoeg voor hem, vinden wij), zodat wij tweeën – terwijl we eindeloos met hem praten, ondertussen instanties bellend, wilsverklaringen zoekend, medische en juridische informatie inwinnend – vooral heel veel gezamenlijk overleggen. Jegens hem wisselen Ineke en ik met het grootste gemak tussen coöperatieve strategieën en manipulatieve plannenmakerij, onze eigen woede en angst onderwijl grotendeels onderdrukkend.

Ineke en ik spelen *good cop, bad cop*. Ien spreekt hem soms boos en wanhopig toe en duwt hem met de neus op de erfenis die hij nu aan het toebereiden is: 'Ben je soms gék, man! Wat wil je nou helemaal? Zie je dan

godverdomme niet wat dit met mama doet? Je maakt ook háár leven kapot! Je roept dan wel dat dit het jouw leven is en dat zij het hare heeft, maar ten eerste zijn die levens verknoopt en ten tweede breng je haar leven schade toe met je eigen dood!'

Die aanpak drijft mijn vader de redelijkheid in – zíjn redelijkheid wel te verstaan, zo een waarbij hij zijn eigen positie uit en te na analyseert en zichzelf dieper zijn redenering in graaft. Hij legt voor de twintigste keer uit dat hij alleen maar verantwoordelijkheid kan dragen voor zichzelf, dat hij zijn huwelijk niet meer aankan, dat hij weliswaar enorm van zijn vrouw houdt maar volstrekt ten onder gaat aan hun ruzies, nee, hij is heus vastbesloten, en als iemand die beslissing in twijfel trekt, nu, dan moet hij wellicht overwegen het er met zo iemand maar simpelweg niet meer over te hebben... Papa sterkt zich in zijn positie zodra hij maar het geringste verwijt voelt.

Ik volg een andere aanpak, ik tracht hem op zijn eigen logica onderuit te halen. 'Nee, je bent niet gek, ja, natuurlijk heb je het recht om jezelf van kant te maken,' – ik kies uit strategische overwegingen expres de hardste termen die ik kan vinden – 'maar wat er niet klopt, is dit: je zegt dat je niet met haar kunt leven en ook niet zonder haar, zodat doodgaan de enige optie is die je resteert. Dat is kolder. Je hebt niet eens geprobéérd om zonder haar te leven, terwijl je wel de moeite nam om bijna vijftig jaar samen te zijn. Je uitgangspunt klopt niet, je gebruikt een logica van likmevestje en trekt op grond daarvan valse conclusies. Je verdonkeremaant je lafheid ermee.'

Ik krenk zijn eer. Doelbewust. Ik tracht zijn zwakke plek te vinden en zijn angst boven te halen. Ik probeer

hem via de rede te breken. Hij is altijd trots op zijn rationaliteit en bewondert nu bovendien, zo vermoed ik, stiekem de wilskracht die het hem kost om niet te eten of te drinken en om aan zijn beslissing vast te houden. Als ik erin slaag hem aan die trots te laten twijfelen, als ik hem kan laten zien dat achter die logica bangheid schuilt – angst, onvermogen en drogredeneringen –, dan valt de grond onder zijn hele bouwwerk weg en móet hij zijn besluit wel heroverwegen, want zo consequent is hij ook wel weer, weet ik. Hoop ik.

Ik hoop ook dat, als ik zijn recht op zelfmoord bevestig en niet aanvecht, hij op een andere manier kan nadenken: minder verdedigend, meer onderzoekend. Soms is hij even stil na mijn vragen en zie ik iets wankelen in zijn blik. Maar dan herneemt de onverzettelijkheid zich weer.

We komen geen stap verder, al dagen niet.

Meestentijds echter proberen Ien en ik er simpelweg achter te komen wat er nu in hemelsnaam aan de hand is met die twee, en vooral: met hun huwelijk. Ze ogen altijd zo innig en verknocht, ze lijken altijd zoveel van elkaar te houden. Anders dan bij ouders van vrienden zag ik bij hen nooit ijselijke stiltes, koude oorlog of, erger nog, verveling. Mijn vader pakt vaak en vanzelfsprekend – dat lijkt nu opeens een eeuwigheid geleden – de hand van mijn moeder, blikt dan trots naar haar en noemt haar 'mijn meidje', ook al is ze inmiddels bejaard. Zij kan nog steeds vergenoegd naar hem kijken als hij wat aan de boot werkt en dan tegen niemand in het bijzonder zeggen: 'Wat een lekkertje is-ie, hè.'

Ik voel me goddomme bedrogen: hun geluk, de trouw en tederheid die ik zo vaak zag en waaraan ik mezelf

soms optrek, is kennelijk niet de hele waarheid. Waarom hebben ze nooit eerder laten merken dat er iets wringt? Ze hoeven tegenover hun eigen kinderen toch verdorie niet de schijn op te houden?

Het heeft met ruzies te maken, ontdekken we. Ze zijn samen vreselijk slecht in conflicten en meningsverschillen. De voornaamste reden daarvoor is opa Boetselaar: mijn moeders vader was een dictator (de huistiran van de Holterlaan, zeiden Ineke en ik vroeger al tegen elkaar, toen we nog maar de helft van de verhalen kenden). Opa Boetselaar sloot haar op in de gangkast als ze in zijn ogen onvoldoende respect toonde, hij prikte haar tijdens maaltijden venijnig met een vork in haar bovenarm als ze ongehoorzaam was (mama heeft daar nog de littekens van), opa gooide haar 's nachts naakt, met alleen een jopper aan, buitenshuis als ze hem durfde tegen te spreken, zodat ze blootsvoets door het dorp naar een tante moest lopen voor onderdak; soms sliep ze daar in de schuur, als tante al naar bed was.

Mama heeft uit puur lijfsbehoud geleerd haar mening te verbloemen en conflicten te camoufleren; ze vermijdt volautomatisch elke ruzie met intimi. Wat ooit als overlevingsstrategie begon, is een integraal onderdeel van haar karakter geworden, haar tweede natuur. Ze heeft een jeugd lang moeten trainen en duikt nu even behendig weg voor een mogelijk verschil van inzicht als vroeger voor opa's geslepen vork.

Papa is nog nooit boos geworden als iemand een andere mening heeft dan hij. Hij raakt wél kwaad als hij geen antwoord krijgt: hij acht dat een belediging van zijn intelligentie – 'Denk je nu heus dat ik niet doorheb dat je

de kern omzeilt?' – en, erger, een miskenning van zijn liefde voor haar: alsof hij mama ooit iets zal misdoen als ze het oneens zou zijn met hem. Hij weet wel dat opa Boetselaar erin heeft gehakt, maar hij heeft nooit echt begrepen hoezeer mama door haar tiran is gemangeld en gevormd. Du moment dat het erop aankomt, vergeet hij haar geschiedenis.

Hij stelt een vraag. Zij scheept hem af zonder zich te realiseren dat ze dat doet: ze geeft antwoord op vragen die hij niet heeft gesteld en het dringt eenvoudig niet tot haar door wat hij wel vroeg. Hij herhaalt zijn vraag, indringender nu, en zij weet niet meer wat ze dan wel moet zeggen om hem te plezieren: ze hád toch al geantwoord? ('Zullen we bij de Griek gaan eten, of wil je liever naar het Vishuis?' 'Eh, hm, de Griek is veel goedkoper,' zegt ze, niet omdat ze niet bij het Vishuis wil eten maar omdat de Griek inderdaad goedkoper is, en ze om die reden liever niet bij het Vishuis wil eten. 'Ik vraag niet wat goedkoper is, ik vraag waar je wilt eten.' 'Maar dat zei ik toch?' 'Nee, je zei dat de Griek goedkoper is.')

Ze aarzelt, raakt in de war, herhaalt haar antwoord, nu met meer omhaal en omzichtigheid: ze voelt de bui al hangen, dit wordt ruzie, ze wil met man en macht pacificeren. Hij raakt geïrriteerd: wat is er nu zo moeilijk aan zijn vraag, is het nu echt zo lastig om daar een eerlijk antwoord op te geven? Bovendien wilde hij haar trakteren op iets leuks, niet op iets goedkoops. Zijn ergernis klinkt door in zijn intonatie, zijn lichaam verstrakt zich. Zij ziet nu haar vader voor zich, niet langer hem. Hij dramt door, wat haar nog verwarder maakt, waarna hij boos wordt en zij een blinde muur. Hij bolstert zich na zo'n ruzie en

spreekt dan soms dagenlang niet met haar. En zij weet dan weer precies waarom ze volstrekt niet tegen meningsverschillen is opgewassen en waarom het beter is die te vermijden: zie je nu wel wat ervan komt…

Kortgeleden hadden ze op een avond zo'n ruzie, die ditmaal erg uit de hand liep. Hij ging boos en onmachtig naar bed en kwam daar voorlopig niet meer uit. Hij at niet en dronk niet, hij piekerde alleen maar. Na twee dagen stond hij op: hij wist wat hem te doen stond. Hij kon niet met haar leven, dat bewezen die ruzies, ze dreven hem tot wanhoop, maar hij kon ook niet zonder haar leven wist-ie drommels goed, daarvoor hield hij teveel van haar. Hij kon niet met haar en niet zonder haar. De enige uitweg die hem nog restte, was zichzelf uit de vergelijking te halen. Hij zou ophouden met eten. Hij ging zich versterven.

♦

Ien en ik praten eindeloos met papa, met mama, over en met hun tweeën, over hun ruzies en hun leven. Maar alle vragen, alle gesprekken worden overstemd door dit ene: papa die telkens gedecideerd beweert dat er geen andere oplossing is dan zijn dood. Dat hij de enige is die dat vindt maakt hem niet uit – waar hij, bizar genoeg, natuurlijk gelijk in heeft. Als hij niet in een andere oplossing gelooft, heeft het inderdaad geen zin dat hij die uitprobeert. Alleen: hij wil werkelijk *niets* meer overwegen, behalve dat ene.

Misschien moet hij van haar scheiden, suggereer ik? Oh nee, geen spráke van, zegt hij, en verliest zich in de

meest onnozele details: hij wil haar die schande niet aandoen, zij zou dan bovendien te weinig geld hebben en er is gewoonweg niet genoeg inkomen voor twee huishoudens, terwijl als hij doodgaat… pensioen… levensverzekering... Er is geen beginnen aan om ook maar iets ervan te weerleggen, het hele verhaal is kolder.

Ik vraag hem of de zaak verandert als zíj nu zou zeggen dat ze van hem wil scheiden. Hij is verrast: die mogelijkheid heeft hij niet overwogen. Ik sla hem nauwkeurig gade: verdomd... werkelijk, ja heus, ik zie zijn gezicht opklaren, ik juich inwendig, en godlof, hij zegt het. Dát zou een oplossing zijn: als het háár keus is, als zij van hem wil scheiden. Dan hoeft hij niet dood. Mama verprutst zijn moment van inkeer: ze valt ten prooi aan eerlijkheid en vergeet tactisch te zijn. 'Ik van jou scheiden? Ik píeker d'r niet over!' verklaart ze. Hij zakt ineen. 'Zie je nu wel, er is inderdaad geen andere oplossing,' zegt hij tegen me. Ik tier inwendig op mama.

We worden wanhopiger. Ineke slaat mijn vader pardoes in zijn gezicht. 'Moet mama jou dan veertig dagen lang dood zien gaan, en je daarbij nog verplegen ook? Alsof je goddomme ziek bent ofzo?' Ik sla hem met ratio: 'Je zegt dat je je versterven wilt omdat elke andere vorm van zelfmoord te wreed is voor mama. Als je haar wilt ontzien maar jezelf hoe dan ook om zeep wilt brengen, dan moet je háár raadplegen over methodes. Jij kunt niet beslissen wat meer of minder wreed voor haar is, dat kan alleen zij.'

Het erge is dat ik weet dat ze, moest ze die onmenselijke keus maken, inderdaad liever heeft dat hij zich versterft dan dat hij zich verhangt. Deels omdat ze

hem dan hoe dan ook nog een tijdje bij zich heeft, en zij en wij al die tijd nog kunnen proberen hem van zijn stuk af te brengen; tegen beter weten in hoopt ze immers nog steeds dat dit overwaait. Maar deels ook – en dat is het erge – omdat ze zijn zelfmoord aan buitenstaanders als een normale dood kan slijten: een acute, fatale ziekte die hem in een handomdraai vloerde. Als hij zich versterft, hoeft haar sociale schaamte later niet zo groot te zijn als wanneer hij zich verdrinkt of ophangt.

‖

Tussen de bedrijven door zoeken we naar zekerheid – wil hij het écht? – terwijl we daar eigenlijk allang van overtuigd zijn, of althans, maar dat komt in de huidige situatie op hetzelfde neer, wij zijn Friese stijfkoppigheid kennen. Ien en ik weten dat als hij zich eenmaal iets in het hoofd heeft gezet, je van bijzonder goeden huize moet komen om daar nog aan te kunnen tornen. Wij komen van goeden huize. Zijn huis namelijk, het enige dat hij op dit moment nog erkent. We slagen niet.

De huisarts komt na bijna anderhalve week langs en vertelt dat hij het niet met zijn overtuiging en zijn dokterseed in overeenstemming kan brengen om niets te doen: hij heeft contact opgenomen met de riagg. Mama is opgelucht, papa kwaad: hij heeft daarvoor immers geen toestemming gegeven.

Diezelfde avond bellen er twee psychiaters aan die papa's geestelijke gezondheid wensen te beoordelen. Hopla, weer een nieuw probleem erbij waarover nagedacht en opgebeld moet worden, waarover plannen

gemaakt en strategieën dienen gesmeed, een probleem dat de tijd vult en gesprekstof biedt en papa een excuus verschaft om alle echt belangrijke vragen te vermijden. Wat nu als het RIAGG hem gek verklaart en tot verplichte opname in een inrichting adviseert, omdat hij een gevaar is voor zichzelf? Papa kondigt aan dat hij dan subiet een rechtstreekser methode zal kiezen om ze te snel af te zijn.

Als wij dat vervolgens tegen het RIAGG zouden zeggen, komen er geheid van die mannen in het wit met dwangbuizen waarin hij ingesnoerd zal worden. Moeten wij, de familie, hem dan weer uit zo'n inrichting procederen? En waartoe? Opdat hij het ditmaal probeert met een steen op zijn buik en een vijver, in plaats van met versterven? Moeten we hem zijn vrijheid terugbezorgen opdat hij die op zijn eigen wijze kan opgeven?

Alles in me zegt 'ja' tegen dat laatste. Ik krijg er zelfs ruzie over met Ien. Als hij per se zelfmoord wil plegen, mag dat vind ik. Ik bedoel: dat recht heeft hij, ook al komt het zijn familie niet uit en willen wij niet dat hij zijn leven afsnijdt. Dat laatste is ons probleem, niet het zijne. Bovendien is hij, als hij dood is, er niet meer om getuige te zijn van ons verdriet en deert hem dat derhalve niet.

Dat laatste klinkt cynischer dan ik wil. Ik huldig het recht op zelfmoord, ik verdedig dat ook nu, 't is alleen zo immens tragisch en onhandelbaar dat het nu mijn eigen vader betreft dat ik halve dagen loop te huilen. En verder: hij is inderdaad bij zinnen. Of zoals Ineke het kordaat formuleert: 'Hij is nu niet gekker dan anders.' En ik, ik blijf maar geloven dat papa, als hij eenmaal de zaken formeel

heeft geregeld en niet langer voor zijn zelfmoord hoeft te vechten, barstjes in zijn besluit zal gaan voelen.

Een onverwacht voordeel van de interventie van de huisarts is dat mijn vader ons, zijn familie, nu ineens als bondgenoten ziet. Het RIAGG, zo meldde hij me tijdens een van de vele telefoongesprekken die we dezer dagen voeren, 'is de vijand'. Ien en ik niet. Wij accepteren namelijk dat hij dood wil en zelfmoord aan het plegen is, zegt mijn vader. We zijn het er niet mee eens maar dat is een gepasseerd station, zegt mijn vader, herstel: een irrelevant station, voor wie zelfmoord wil plegen. Zegt mijn vader. En als familie kun je dan niet veel, behalve via het RIAGG mannen in het wit laten sturen, denken Ineke en ik, of veel praten en lief zijn en proberen dat pantser open te krijgen en onredelijk redelijk zijn en tegelijkertijd wanhopig boos.

♦

HIJ BELT ME VIJFMAAL DAAGS. Ik ben zijn medicijn, in afgepaste doses.

Hij doet z'n best die gesprekken zo vanzelfsprekend mogelijk te laten klinken. 'Nee er is niks, ik dacht alleen ineens…' – hij las iets in de krant, hij herinnerde zich iets, hij wilde me iets vertellen – 'en dat je dat graag zou willen weten.' Hij belt me anders nooit en dat feit op zich maakt die gesprekken al abnormaal, ongeacht wat hij zegt en hoe nonchalant hij zich ook voordoet. Vaders bellen niet, tenzij ze een vraag over zeilboten hebben. Moeders bellen, of kinderen. Althans, zo gaat dat bij ons thuis.

Hij belt en meldt met enige trots in zijn stem hoeveel moeite het hem kost dood te gaan. 'Ik kan nog

steeds met twee treden tegelijk de trap op,' rapporteert hij opgetogen, of: 'Ik heb vanmorgen het Pikmeer zowat omgefietst!' Hij vertelt het op een toon alsof dat voor mij reden zou zijn hem te feliciteren met zijn conditie. Indien hij geen verslag deed van zijn vertraagde zelfmoord maar van een training voor de Elfstedentocht, zou ik hem zonder reserves prijzen.

Nu vraag ik me alleen maar af hoe lang dat dan in hemelsnaam duurt, versterven en daaraan doodgaan; wanneer een lichaam daadwerkelijk verzwakking bemerkt en gaat instorten; ik raak geheel in de war van zijn voortgangsverhalen. Als hij nu zou melden dat hij sinds kort draaierig raakt wanneer hij de trap oploopt, of dat zijn darmen toch wel erg in de kramp raken, zou ik dat vreselijk vinden maar wist ik tenminste dat hij dichter bij zijn eigen doel kwam: dichter bij zijn dood.

En hij zegt dat hij dat wil, doodgaan. Hij betoogt dat in alle toonaarden.

Maar vanwaar dan die opgewektheid over de bestendigheid van zijn lichaam? Is het trots dat zelfs zijn lichaam hem er niet onder krijgt? Wil hij zijn wilskracht ermee onderstrepen? Maar dat doet hij toch al, bewijzen dat zijn wil van roestvrij staal moet zijn? Want zonder sterke wil kan niemand het negen dagen zonder eten stellen, noch vier dagen zonder drinken. En dat is precies wat hij ondertussen heeft gedaan.

Acht hij zich onschendbaar? Denkt hij zelfs over de dood te kunnen triomferen? Maar hij *wil* juist dood, zegt hij, en ik zou dan eerder verwachten dat hij zijn uithoudingsvermogen zou haten. Of vreest hij zijn kracht? Maar dan is die trots in zijn stem misplaatst, en zou schrik

beter passen. Misschien ook heb ik het grandioos mis: mogelijk is hij vooral verwonderd over de kracht van zijn lichaam, is hij geschrokken en verrast over wat hij nog kan en ronduit verbaasd dat zijn lichaam niet in de gaten lijkt te hebben wat hij ermee doet.

Wil hij laten zien dat het lang duurt? Meet hij onze straf uit, de zijne? Of zegt hij woordeloos dat er nog tijd is om in te grijpen, ruim tijd zelfs, en nodigt hij ons daar stiekem toe uit?

Gisteren zei hij over de telefoon iets vreemds tegen me. Hij had de RIAGG-arts bij haar tweede bezoek gezegd dat als zij iets anders wist dat hem hetzelfde doel zou laten bereiken – namelijk deze situatie tussen zijn vrouw en hem laten ophouden –, hij dat uiteraard zou accepteren. Iets anders, iets waarbij hij niet dood hoefde te gaan bijvoorbeeld. 'Ik ben immers niet gek,' had hij daaraan toegevoegd, en toen weer dat ze niet moesten denken dat hij ondertussen zou ophouden zich te versterven.

Het klonk alsof hij die arts lippendienst bewees, zijn bereidheid tot heroverweging ermee wilde laten zien, zijn redelijkheid trachtte te bewijzen, zonder tegelijkertijd iemand ook maar enige ruimte tot manoeuvreren te gunnen. Maar ook klonk het alsof hij zocht naar een uitweg uit dit dilemma van zijn huwelijk; dat hij aan zijn eigen klem, de tang waarin hij iedereen, inclusief zichzelf, had vastgezet, wilde ontsnappen.

Ik vroeg hem wat hij precies bedoelde met 'een andere oplossing voor zijn probleem.' Het was eventjes stil en daarna herhaalde hij precies wat hij daarvoor had gezegd: 'Nu ja, het zou kunnen dat zij een andere oplossing voor mijn probleem wist.' Hij zegt dat vaak

tegenwoordig, Mijn Probleem, en onderhand weet ik niet of hij het nu heeft over zijn problemen met mama en hun ruzies of over zijn zelfmoord. 'Ik weet ook niet wat voor oplossing,' voegde hij eraan toe, en daarna, als om de zaak meteen weer gesloten te verklaren: 'want die is er namelijk niet.'

Ik raak er steeds meer van overtuigd dat hij – eindelijk – bij nader inzien niet echt dood wil, dat wij runderen zijn als we hem zo bloedserieus blijven nemen en dat hij eigenlijk niets liever wil dan terug naar het leven gemanipuleerd worden.

Maar tegelijkertijd schermt hij zich volledig af voor iedereen die vraagtekens zet bij zijn doodsverlangen – het is niet eens verlangen, besef ik ondertussen: doodgaan is voor hem de enig denkbare uitweg uit het onbegrip tussen hem en zijn vrouw, het onbegrip en misverstand waar hij niet meer tegen kan, doodgaan ziet hij inderdaad als een laatste oplossing – en hij graaft zich, al verdedigend, dieper in, almaar dieper. Desnoods tot in het graf. Bovendien: zou hij nu, na tien lange dagen, op zijn besluit terugkomen, dan ziet hij dat waarschijnlijk als gezichtsverlies. En eergevoel weegt zwaar bij hem.

Dat terugmanipuleren, dat moet niet met openheid en rationaliteit, zoals ik eerder dacht, noch met emoties, zoals mijn zus meende. Het moet met bedrog, realiseer ik me nu. Maar hoe bedrieg je iemand die zichzelf bedriegt?

♦

Tijdens haar derde bezoek aan mijn ouders – mijn moeder had haar gebeld of ze niet nog eens wilde komen praten,

en dat deed ze – verklaart de RIAGG-arts mijn vader *compos mentis*.

Mijn vader is zo opgelucht over die uitkomst en dermate verrast over de eerlijkheid van de RIAGG – waarmee ze volgens hem immers hun schepen achter zich verbranden, ze hebben hun kans om hem verplicht op te nemen ermee verbruid – dat de psychiater zijn respect wint en hij zich weerloos in de luren laat leggen. De psychiater stelt hem een 'tijdelijke oplossing' voor. Een permanente is er niet, dat weet mijn vader immers zeker, en hij valt als een blok voor het bedrieglijke compromis. Hij zal zijn versterving tijdelijk opschorten.

'Tijdelijk', dat was het magische woord dat de RIAGG-arts gebruikte en dat hem zijn recht en eergevoel liet maar waarmee hij zichzelf om de tuin kon leiden. 'Opschorten', een idiote term: alsof hij een vakbond is in onderhandeling met het bedrijfsleven, zijn huwelijk de CAO.

En zijn zelfbedrog is evident: alsof je een afgebroken hongerstaking twee weken later kunt hernemen bij dag twaalf – zover is hij inmiddels – dan wel die eerste twaalf dagen de volgende keer pardoes kunt overslaan. (Ik wijs mijn vader niet op die absurditeit. Ik kijk wel beter uit. Ik heb het in die dagen niet meer over logica.) Hij belooft het RIAGG dat hij en mijn moeder een korte relatietherapie zullen doen, een sessie of vier, waarna hij zijn positie zal heroverwegen en dan eventueel zijn oude strategie kan hervatten. Hij belooft dat hij intussen wat zal eten, hij heeft immers zijn krachten nodig voor die gesprekken. 'Een wapenstilstand gedurende de onderhandelingen,' zo noemde hij het later.

Op dag dertien eet mijn vader een paar crackers en drinkt wat vruchtensap. Aarzelend spreken mijn ouders, onder begeleiding van de RIAGG, over hun ruzies. Op dag veertien eet hij voorzichtig een kleine maaltijd. Mama krijgt door dat juist haar wijze van conflicten vermijden ze bevordert. Papa begrijpt onderhand hoe diep opa's vork heeft geprikt. Op dag achtentwintig of daaromtrent is de gedachte aan zelfmoord en scheiding van het toneel verdwenen. De tijdelijke oplossing is permanent geworden.

♦

IK HEB WEER EEN VADER. Hij belt me zelden, en ik ben daar heel tevreden mee.

Ontmoetingsplaatsen

Zelfmoord en zelfmoordpogingen komen aanzienlijk vaker voor dan mensen wel denken. Tegelijkertijd zijn (semi-)publieke plaatsen om erover te praten en je erover te informeren ronduit zeldzaam, zeker wanneer je zelfmoord vergelijkt met andere belangrijke doodsoorzaken. Er zijn patiëntenverenigingen voor allerlei ziektes, praatgroepen voor rouwverwerking, tijdschriften publiceren veelvuldig over het leven met allerlei psychische of lichamelijke aandoeningen, en over euthanasie staan regelmatig uitgebreide stukken in de kranten.

Aan zelfmoord echter wordt relatief weinig aandacht besteed (de media zijn nog altijd huiverig dat artikelen erover navolging in de hand werken, en publiceren er met grote terughoudendheid over), en plaatsen om met… – nu ja, lotgenoten is een raar woord zolang het over gevoelens, gedachten en plannen gaat – om met gelijkgestemden te praten en van ideeën te wisselen, zijn er amper.

Behalve op internet. Daar zijn ze wel. Er zijn verschillende nieuwsgroepen over zelfmoord op het net: alt.suicide.holiday, alt.suicide.methods, alt.suicide, alt.gothic.suicide en nl.support.zelfmoord.

Alt.suicide.holiday, in de wandeling naar haar initialen 'ash' geheten, is de bekendste en was de eerste nieuwsgroep over zelfmoord. De groep werd in augustus 1991 opgezet en dankt haar naam aan de gedachte dat mensen vaker zelfmoord plegen rond de feestdagen. Die

fabel werd al in de eerste weken van het bestaan van de groep onderuitgehaald, maar de naam bleef gehandhaafd. Ash is expliciet pro-choice: de vaste deelnemers zullen niemand van zelfmoord trachten af te praten, of ernaartoe. De groep is vooral bedoeld als een klankbord waar mensen hun verhalen vertellen, om raad vragen, hun hart uitstorten en hun motieven onderzoeken. En vooral: waar ze onder gelijkgestemden kunnen verkeren. Ash is tevens de bakermat van de *Suicide Methods File*.

De onderwerpen variëren van praktische tot emotionele vragen: waar vind je informatie over middelen en methodes, wat zijn de consequenties van mislukking, hoe neem je zo'n beslissing, hoe weet je wanneer je zover bent, waarom doe je het, hoe bereid je je voor, hoe licht je je nabestaanden in. Op ash zijn verzuchtingen, aankondigingen, dagboekfragmenten en verzoeken om informatie, tips of ervaringen te vinden, plus frequente discussies met goedbedoelende bezoekers die de bewoners van de nieuwsgroep van hun plannen willen afbrengen. De rituele begroeting waarmee de vaste bezoekers op een eerste bericht van een nieuwkomer reageren, is meestal een meelevend 'Sorry that you feel the need to be here.'

De opluchting van nieuwe deelnemers wanneer ze ontdekken dat er een plek blijkt te zijn waar ze vrijuit kunnen spreken, is vaak immens. Meestal kijken nieuwelingen een tijdje de kat uit de boom: ze lezen in die periode, maar posten niet (het zogeheten 'lurken'). Vine in zijn eerste berichtje: 'Ik volg deze groep nu al een paar weken, en ik wil jullie bedanken. Ik kan jullie niet vertellen hoe deze groep me geholpen heeft. Opeens vond ik mensen die (helaas) een vergelijkbare houding hebben als

ik, die over de dingen spreken waar ik het zo bitter graag over wil hebben, mensen die even disfunctioneel zijn als ik, zodat ik erbij kan horen en me geen paria hoef te voelen. Ik wist niet dat er zo'n plaats bestond... Dogrose, die in de hel woont maar hemels schrijft, vergeleek ash eerder met Midian, Clive Barkers asiel voor goedaardige monsters en onaangepasten. Ik geloof dat dat een goede vergelijking is.'[1]

Ash heeft een vaste groep deelnemers. De samenstelling daarvan wisselt, maar mensen lezen en schrijven er soms jarenlang of komen terug na een periode waarin het beter – of nog slechter – met ze ging. Zelf volg ik de groep, af en aan, al sinds 1995; pas sinds dit jaar post ik er regelmatig.

Zelfmoord is niet iets waar een ash-lid licht over beslist. Cali, in antwoord op de nogal pesterige vraag van een buitenstaander waarom hij de groep al zo lang bezoekt en wat dat over zijn suïcidale gevoelens zegt: 'Het is me immers nogal een beslissing. Mijn broer is al meer dan een jaar verloofd, en hij weet nog steeds niet zeker wanneer hij daadwerkelijk wil gaan trouwen. En dat gaat nog maar over een huwelijk…'[2]

In ash en asm (alt.suicide.methods, de zustergroep van ash die meer is toegespitst op discussie over zelfmoordmethodes) komen met regelmaat mensen aan het woord wiens poging mislukt is. De boosheid, de wanhoop over hun mislukking is soms tastbaar. Ze willen vrijwel zonder uitzondering nog steeds dood. En sommigen zullen daar op enig moment in slagen. Anderen echter komen in ash tot de ontdekking dat ze uiteindelijk niet dood willen, of ontdekken dat ze – nu ze weten hoe ze

zich eventueel van het leven kunnen beroven – zich al een stuk rustiger voelen. Van hun uitstel komt soms afstel. Mocht dat gebeuren, dan is dat een effect van de discussie, die er niet was geweest indien er een verbod op het verspreiden van plastische informatie over zelfmoord had bestaan.

♦

Nu en dan verschijnt er een overlijdensbericht van een vaste bezoeker in de groep, meestal gepost door een medeasher (er zijn veel onderlinge contacten buiten de groep). Veel habitués van ash zetten, als onderdeel van de voorbereidingen op hun zelfmoord, een bericht in hun computer klaar dat na bepaalde tijd automatisch wordt verstuurd of vragen een vertrouweling om op een afgesproken datum een geprepareerd bericht te versturen. Op die manier kunnen ze nabestaanden op de hoogte stellen zonder bang te hoeven zijn dat iemand ingrijpt en hun zelfmoord verhindert. Mocht hun zelfmoord mislukken, dan is er gewoonlijk voldoende tijd om het betreffende bericht tegen te houden.

Tussen juli 2000 en juli 2001 zijn er, voor zover bekend, twaalf ashers overleden. Soms is er later contact met de familie. Choquerend was het geval van Simon, een achttienjarige Britse jongen. Hij frequenteerde het chatkanaal van ash, #alt.suicide.bus.stop, dat zijn naam dankt aan de ash-uitdrukking 'I bought my ticket for the bus', oftewel: ik ben klaar om zelfmoord te plegen.[3]

De avond van zijn zelfmoord kwam Simon op het kanaal, sprak daar met diverse mensen en maakte zijn plan

bekend. Een andere asher heeft nog een urenlange conversatie met hem gevoerd om te pleiten zijn plan te heroverwegen, maar Simon weigerde pertinent. Hij kwam uitsluitend naar het kanaal om zich in zijn laatste uren niet zo alleen te hoeven voelen, en om de mensen die hij had leren vertrouwen tenminste virtueel om zich heen te hebben. Om twaalf uur 's nachts liep hij bij zijn computer weg en verhing zich. Over het kanaal daalde een ijselijke stilte neer.

Een paar dagen later meldden zich familieleden en vrienden van Simon op ash (Simon had iemand van ash gevraagd hen te bellen; zo vonden zij op hun beurt de nieuwsgroep). Sommigen vrienden waren volledig in verwarring, anderen waren woedend: Simons dood was de schuld van ash, meenden zij. Ash ging met hen in discussie. Kit: 'Simon kwam zélf naar ash. We hebben hem niet gerekruteerd. We jagen niet op gelukkige mensen of zo om ze daarna te hersenspoelen. Hij had besloten dat hij dood wilde, hij zocht informatie, en hij vond hier een aantal mensen in wie hij vertrouwen kreeg en die in hetzelfde schuitje zaten.'[4]

Susan wees de familie en vrienden erop dat Simon nu juist die ene, zeldzame plek had opgezocht waar mensen je niet van zelfmoord willen afhouden en bereid zijn zonder vooropgezet doel met je over je motieven te spreken: 'Hij kwam naar de enige plek op internet die interventie afwijst. Dat zegt in mijn ogen iets over hoe vastberaden hij was. [...] Je kunt iemand niet helpen als hij niet eerlijk tegen je kan zijn; als iemand iets moet verbergen, zal hij tegen je liegen. Ash is de plaats waar mensen de waarheid over hun gevoelens kunnen vertellen

en waar ze niet tegen hun zin in een inrichting belanden. Het is de *enige* plaats waar je openlijk en veilig kunt spreken over hoe je je echt voelt. Hebben jullie enig idee hoe vreselijk moeilijk het is om een therapeut te vinden met wie je openhartig kunt praten? Als je je zelfmoordgevoelens wilt bespreken, en weet dat je zodra je dat doet, het risico loopt opgesloten te worden – of je werk te verliezen, je verhouding met familie en vrienden ernstig verstoord te zien – [...] hoe durf je dan ooit te gaan praten? Ash biedt mensen een plaats waar ze niet bang hoeven te zijn.'[5]

Nadat de nabestaanden een aantal berichten van Simon hadden gelezen en met ashers hadden gepraat, bleek gaandeweg wat er aan de hand was geweest: Simon was diep depressief en had jarenlang de schijn opgehouden; niemand in zijn nabije omgeving wist van iets. Alleen op het ash-kanaal had hij durven vertellen hoe het er werkelijk met hem voor stond. Het pijnlijkst was nog dat een vriend van Simon moest ontdekken dat Simon, terwijl hij op het ene kanaal met mensen van ash sprak en hen op de hoogte stelde van zijn aanstaande zelfmoord, op het andere kanaal met die vriend kletste en met hem grapte en computerspelletjes speelde. De vriend had niets gemerkt, totdat Simon plotseling niet meer reageerde.

Ash was de enige plek geweest waar Simon openlijk had durven praten en zijn maskers had laten vallen. Zijn familie heeft later aan ash toegezegd geld te zullen doneren aan zelfmoord-hotlines. Zijn broer Nick heeft, na Simons correspondentie doorgenomen te hebben, ash bedankt omdat de mensen van ash Simon iets hadden kunnen

geven wat hij elders niet had durven zoeken, of mogelijk elders zelfs niet had kunnen vinden: acceptatie en begrip.

♦

De zustergroep alt.suicide.methods (asm) is aanzienlijk minder druk dan ash. Ash heeft een kleine drieduizend berichten per maand, asm heeft er gemiddeld zo'n zevenhonderd per maand.[6]

Alt.suicide is een heterogener groep dan ash of asm, en lijkt meer als gemeenschap van depressieve mensen te fungeren dan als een groep specifiek over zelfmoord; in alt.suicide is de intentie veeleer om mensen te redden en zelfmoord wordt er in principe afgekeurd. Er worden gemiddeld tweeduizend berichten per maand gepost. Alt.gothic.suicide heeft verhoudingsgewijs amper verkeer – zo'n tweehonderd berichten per maand – en is deels serieus van aard, deels een groep die de draak steekt met het stereotiepe beeld van goths: zwart geklede, wereldvreemde vleermuizen die flirten met de dood.

De enige niet-Engelstalige nieuwsgroep is het Nederlandse nl.support.zelfmoord (nlz), opgericht in april 2000. In deze groep worden circa driehonderd berichten per maand, oftewel zeventig berichten per week gepost; er is een handvol vaste posters. Ash, asm en nlz zijn de enige nieuwsgroepen waar zelfmoord niet op voorhand wordt afgekeurd; niet zozeer dat ze positief staan tegenover zelfmoord, maar de groepen accepteren ieders recht op zelfbeslissing.

Er bestaan tevens nieuwsgroepen over de gevolgen van zelfmoord: alt.suicide.recovery en

alt.support.grief.suicide. In beide groepen samen worden slechts circa honderd berichten per maand gepost.

Dood per creditcard

'Een overdosis heroïne,' heb ik altijd geantwoord op de vraag hoe ik dan dood dacht te gaan in geval van zelfmoord, of: 'Ik gord me in mijn rolstoel en rijd de Wittenburgergracht in.' Maar niet iedereen durft in zijn arm te spuiten, en mensen met halfverlamde armen of bibberhanden kunnen helemaal niet in een ader prikken. Bovendien is het zaak nu eens te onderzoeken of waar is wat iedereen tot vervelens toe herhaalt: dat je op internet alles kunt bestellen.

Waarmee kun je jezelf betrekkelijk betrouwbaar en niet al te gruwelijk dood krijgen? Bevriende artsen en deskundigen raden vesparax aan, of, als dat onvindbaar blijkt, verwante middelen zoals seconal of nembutal. Andere veelgenoemde medicijnen zijn depronal, kaliumchloride en nivaquine. Het zijn stuk voor stuk medicijnen waar je tegenwoordig moeilijk aan kunt komen: artsen schrijven ze nog maar zelden voor, juist omdat ze zo effectief kunnen zijn bij zelfmoord. Ik wil deze middelen proberen te bestellen.

Veel vertrouwen heb ik er niet in. Begin 1998 heb ik iets vergelijkbaars geprobeerd voor een kennis die al jaren gedeeltelijk verlamd was en niet meer tegen zijn leven kon. Toen hij naast zijn verlamming nieuwe, serieuze kwalen kreeg, wilde hij definitief dood. Zijn huisarts weerde elk gesprek over euthanasie of hulp bij zelfmoord af en weigerde eveneens hem door te sturen. Aangezien hij in een gehucht woonde, konden artsen van elders hem niet

als patiënt aannemen: de geografische afstand was te groot.

Hij begon medicijnen te sparen en deed daarmee tweemaal een mislukte poging. Totdat vrienden ingrepen. Iemand raadpleegde vertrouwelijk een deskundige die een lijstje samenstelde; ik zou proberen die medicijnen via het net te vinden. Drie dagen lang heb ik op het net gezocht naar obscure Latijnse namen. In India misschien? In Mexico dan, of Brazilië? Bij een groothandel wellicht? De inspanning leverde niets op, ofschoon ik drommels goed de weg op het net weet. Voor alles was een doktersrecept nodig, dan wel een bewijs dat ikzelf arts was.

Maar de tijden zijn veranderd: de on-line verkoop is op allerlei gebied explosief toegenomen. Wie weet kun je inmiddels inderdaad dodelijke medicijnen via het net aanschaffen, zoals de media zo vaak beweren.

♦

Overigens is het niet moeilijk recepten te vervalsen. In 1996 publiceerde *De Groene Amsterdammer* een artikel waarin twee journalisten met zelfgefabriekte recepten op pad gingen.[1] Ze leverden die in bij diverse apotheken; in vrijwel alle gevallen kregen ze de valselijk voorgeschreven medicijnen zonder enig probleem mee. Op deze manier wisten de twee van alles buit te maken: van ritalin en prozac tot aan morfine en methadon. De truc is een fluitje van een cent:

> 'Doorgaans gebruikt een arts papier waarop zijn naam, adres en telefoonnummer gedrukt staan. Het medicijn, de dosering en de toepassing worden met de hand ingevuld. Dergelijke recepten zijn makkelijk na te

maken. Met computer en printer is in een handomdraai receptpapier vervaardigd. De adresgegevens van artsen staan vermeld in het telefoonboek en de Gouden Gids. Onderaan het recept plaatst men de naam en adres van een fictieve patiënt. De ogenschijnlijk onbegrijpelijke recepttaal van de arts laat zich zonder veel moeite doorgronden. Zowel de opiumwet als studieboekjes voor geneeskundestudenten maken de wettelijk vereiste manier van noteren op eenvoudige wijze duidelijk. […]

Het door artsen veel gebruikte Repertorium geeft een uitgebreid overzicht van alle beschikbare medicijnen, hun werking en bijwerkingen. Ook vermeldt het de gangbare doseringen, wat de betrouwbaarheid van het vervalste recept ten goede komt. […] Als de juiste dosering van het gekozen medicijn in recepttaal is opgeschreven, moet het recept nog worden geautoriseerd met de paraaf van de arts. Slechts bij opiaten is een volledige handtekening nodig. Veel moeite hoeft daar overigens niet voor te worden gedaan. Een goede gelijkenis blijkt niet noodzakelijk. Als de naam maar leesbaar is.'

De auteurs leggen uit hoe ze te werk gingen om apotheken te vermijden waar het handschrift van de geplagieerde arts bekend is. Voor internet-apotheken hoef je die laatste truc niet eens te benutten. Een vals artsenbriefje maken met Paintshop, de gebruikelijke dosering opzoeken en in quasi-onleesbaar handschrift invullen, een krabbel als paraaf, et voilà: het recept is klaar om te worden verstuurd. Je loopt wel het risico dat zo'n on-line apotheek de arts in kwestie belt en je vervalsing op die manier wordt ontdekt. Buiten het feit dat valsheid in geschrifte strafbaar is, maak je op die manier natuurlijk ook alle slapende honden wakker.

Maar ik wil niet vervalsen. Ik wil uitzoeken wat internet biedt, níet wat fraude in de gewone wereld vermag te bewerkstelligen.

Vesparax en Seconal

Als ik de *Suicide Methods File* erop nasla voor algemene informatie,[2] stuit ik op het eerste probleem van mijn speurtocht. Alle medicijnen worden er bij hun Amerikaanse merknaam genoemd, en zoek maar eens uit hoe een middel dan in Nederland heet. Gelukkig heet vesparax overal vesparax.

Secobarbital (quinalbarbitone, seconal, immenox, dormona, secogen, vesparax (combinatie met brallobarbital))

Dosering:	4,5 gram, meestal in de vorm van 45 100 mg tabletten
Tijd:	bewusteloos na 5 tot 15 minuten, dood na 20 tot 50 minuten
Beschikbaarheid:	uitsluitend op recept
Zekerheid:	betrouwbaar, met plastic zak en elastiek
Opmerkingen:	gebruik plastic zak en elastiek. Gebruik alcohol en antibraakmiddelen op een lege maag.

Handig dat de benodigde hoeveelheid in milligram per medicijn is gespecificeerd. Per land (en daarom: per on-line apotheek) wil de dosering per tablet nogal verschillen. Daar heb ik niet bij stilgestaan toen ik bij bevriende artsen informeerde naar dodelijke medicijnen; zij evenmin, zij weten van Nederlandse pillen en kennen de buitenlandse

varianten niet. 'Twintig vesparax is voldoende' hoorde ik telkens weer, en als ik doorvroeg: 'Er is maar één dosering, één soort pil.' Twintig pillen van 100 mg maakt twee gram. De *Methods File* zegt dat je vierenhalve gram nodig hebt. *Better be safe than sorry*?

De *Methods File* geeft wel heel summier informatie over de werking van secobarbital. De Nederlandse site ConsuMed is behulpzamer en zegt wat de werkzame bestanddelen van vesparax zijn: elk tablet bevat 50 mg brallobarbital, 150 mg secobarbital en 50 mg hydroxyzine. Het middel wordt hoofdzakelijk voorgeschreven bij slaapstoornissen. Vesparax verdooft het centrale zenuwstelsel en heeft een slaapverwekkende (hypnotische) en een angstverminderende (anxiolytische) werking.[3] Hydroxine dempt het centraal zenuwstelsel zo weet ik: daar wordt een dodelijk medicijn effectiever van.

ConsuMed geeft uitgebreide informatie over bijwerkingen en meldt dat de kans op verslaving en afhankelijkheid groot is. Waarschuwingen waar je niet echt om maalt als je zelfmoord wilt plegen. Maar als het verslavend is, betekent dat ook dat de tolerantie ervoor snel toeneemt: met andere woorden, wie het middel regelmatig gebruikt, heeft er aanzienlijk meer van nodig dan de beginneling. Twee Belgische pagina's, waaronder een van de Rijkswacht, leren me dat te lang gebruik van het slaapmiddel vesparax een curieuze bijwerking heeft: slapeloosheid.[4]

Bij het Engelstalige WebMD vind ik uiteindelijk de meest uitgebreide informatie over barbituraten, waaronder dit: 'Een overdosis barbituraten, de combinatie met alcohol of met andere medicijnen die de werking van het

centraal zenuwstelsel beïnvloeden, kan tot bewusteloosheid of zelfs de dood leiden. Tekenen van een overdosis zijn ernstige slaperigheid, ernstige verwarring, ernstige zwakheid, kortademigheid of ademhalingsmoeilijkheden, moeilijkheden bij het spreken en een lage hartslag."[5] WebMD blijkt een heel bruikbaar repertorium: het somt alternatieve namen op, werkzame bestanddelen, voorgeschreven gebruik, bijwerkingen, de effecten van een overdosis, kortom, uitstekende en grondige informatie. Het enige wat ConsuMed noch WebMD doen is de dodelijke doses aangeven.

Na veel speuren, noteren en vergelijken kom ik tot de volgende conclusies:

- Seconal is de merknaam voor secobarbital. Bij slaapstoornissen wordt gewoonlijk 100 mg per nacht voorgeschreven; bij angststoornissen drie- tot viermaal daags 30 tot 50 mg.[6] De werking ervan wordt versterkt in combinatie met alcohol. Een overdosis kan ademhalingsmoeilijkheden, een zwakke pols, hoofdpijn, verwarring, delirium en een coma teweegbrengen. Bij een onbedoelde overdosis moet je allereerst zorgen dat de patiënt overgeeft, tenzij hij stuipen heeft of bewusteloos is. Voorts kan het nodig zijn een laxatief toe te dienen en de maag leeg te pompen.[7]
- Vesparax (bestaand uit secobarbital aangevuld met brallobarbital en hydroxyzine) is een snelwerkend barbituraat, iets sneller werkend dan seconal (vermoedelijk dat mijn zegslieden het daarom

verkieslijk vinden). De normale dosering is één tablet van 100 mg voor het slapen gaan. De effecten van overdosering worden als ernstiger dan die van seconal beschreven: 'Overmatig gebruik van vesparax leidt tot coma. Maagspoelen en versnelde diurese [urine afdrijven] sorteren doorgaans weinig effect.'[8]

- Nembutal (pentobarbitalsodium) wordt bij slaapstoornissen voorgeschreven in doses van 100 mg per nacht, bij angststoornissen krijg je drie- tot viermaal daags 20 mg.[9] Bij een overdosis kunnen je nieren het begeven, krijg je ademhalingsproblemen, een zwakke pols, lage bloeddruk, hoofdpijn en mogelijk een hartaanval; je raakt verward, delirisch en tenslotte comateus.[10] De patiënt mag onder geen beding tot overgeven worden gebracht; z'n maag moet worden leeggepompt.

Voor pentobarbituraten (nembutal) en secobarbituraten (seconal en vesparax) geldt dat ze snel werken. Uit een handleiding uit 1994 van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie blijkt dat secobarbital en pentobarbital in geval van euthanasie meestal in doses van 4,5 tot 9 gram worden toegediend. Negen gram? Dat is de dubbele hoeveelheid van wat de *Methods File* aanraadt. Gewoonlijk is die negen gram binnen het half uur dodelijk, stelt de KNMP. Niettemin kan het soms uren duren voordat je eraan overlijdt,[11] vandaar dat de meeste boeken en brochures over zelfmoord aanbevelen om de pillen met alcohol in te nemen en een

plastic zak om je hoofd te binden. Ook wordt sterk aangeraden om ruim van tevoren al antibraakmiddelen te slikken. 'Begin liefst 36 uur van te voren, en slik ze drie keer per dag. Let wel op wat voor soort antibraakmiddel je gebruikt, liefst niet een met een slaapverwekkende werking. Primperan (metoclopramide) is een geschikt middel dat je vrij in de apotheek kunt verkrijgen.'[12]

♦

Langzaam daagt een andere vraag: hoe doe je dat, zoveel pillen ineens slikken? Negentig tabletten seconal is een heleboel. Met handjes van tien tegelijk naar binnen werken, alsof het smarties zijn, en wegspoelen met alcohol? Dan moet je nog snel zijn ook: al na vijf minuten kan bewusteloosheid intreden. Ik kan me goed voorstellen dat iemand op het moment suprême behoorlijk aangeslagen is en met z'n dikke keel niet goed slikken kan.

Haal je het dan wel, die negentig pillen? De grote angst van iedereen die zelfmoord met medicijnen wil plegen, is immers dat hij niet genoeg neemt. Dat de dood niet of niet snel genoeg intreedt, zodat je de poging overleeft en blijvende schade overhoudt: kapotte nieren, of nog erger, een hersenbeschadiging.

De knmp geeft in haar brochure van 1994 aanwijzingen hoe pillen tot een drankje kunnen worden verwerkt en geeft het brouwsel een elegante naam in eufemistisch potjeslatijn: *mixtura nontherapeutica pentobarbitali*.[13] Los de pillen op door ze goed te schudden in 15 gram gedestilleerd water (aqua purificata, bij de drogist te koop), 10 ml propyleenglycol[14] en 20 ml zuivere alcohol

(96 %, bij de drogist te koop). Voeg er voor de smaak 250 mg zoetstof aan toe, 65 mg siroop en wat anijsolie. Het oplosmiddel is niet onontbeerlijk: de zuivere alcohol lost de pillen al behoorlijk op. De zoetstoffen zijn bedoeld om de bittere smaak van het medicijn te maskeren. De KNMP merkt tot slot op dat pentobarbituraat (zoals nembutal) een wat vissige smaak heeft; de anijsolie haalt die weg.

Derek Humphrey raadt in *Final Exit* een andere methode aan. Hij adviseert om eerst een paar flinke slokken alcohol te nemen – alcohol versterkt de werking van veel medicijnen, soms wel met vijftig procent – en meteen daarna een geprepareerd mengsel van vla of appelmoes, extra zoetstof en de tot poeder gestampte pillen te nemen. Wie geen alcohol verdraagt, kan in plaats daarvan wat frisdrank met prik drinken: ook koolzuur vergemakkelijkt de opname van de medicijnen in het bloed. Je moet het papje snel en zonder haperen eten, om te vermijden dat je tussentijds al in slaap valt. De smaak kun je wegspoelen met nog wat frisdrank of alcohol.

Humphrey raadt aan om behalve de pillen ook een plastic zak te gebruiken, en beschrijft tot in detail hoe dat werkt.[15] Ga in een stoel zitten. Neem een grote plastic zak, zet eventueel een stofkapje over mond en neus zodat de zak niet tegen je mond aan gaat plakken, en leg een voorbereid kompres van gekoelde natte washandjes op je hoofd tegen de warmte. Trek de zak over je hoofd, samen met twee grote elastieken, die je tot vlak onder je adamsappel schuift. Hou met je duim de onderkant van de zak en de elastieken open. Zodra je in slaap valt, glippen je handen weg en sluit de zak zich. Als de medicijnen onverhoopt niet voldoende zijn, sterf je op die manier

door zuurstofgebrek. Door de diepe slaap waarin je verkeert, merk je daar niets van.

Voorts is het verstandig vooraf een medicijn te nemen dat overgeven tegengaat, waarmee je liefst al twee dagen eerder begint, en waarvan je een uur voordat je de fatale medicijnen inneemt, de laatste pillen slikt. Een lege maag hebben helpt ook: het middel wordt dan sneller in je bloed opgenomen.

♦

Binnen twee minuten vind ik een Amerikaanse on-line apotheek die seconal verkoopt: WebRX Health Superstore heeft ze in verpakkingen van dertig, zestig of honderd pillen van 100 mg.[16] Een flesje met honderd pillen kost zevenentwintig dollar plus tien dollar verzendkosten. De dood is hier goedkoop. Maar ze versturen pertinent niet naar adressen buiten de Verenigde Staten, en bovendien staan ze erop dat er recepten worden overlegd.

De volgende kandidaat is een apotheek in Zürich. Uit het bestelformulier blijkt dat ze naar het buitenland verzenden. Voor medicijnen die niet vrij verkocht mogen worden, eisen ze een officieel recept. De formulering van die eis laat ruimte voor speculatie: het recept moet apart worden verstuurd, en hoewel ze stellen contact op te nemen met je huisarts of specialist, vragen ze alleen naar diens naam, niet naar een adres of telefoonnummer.

Ik besluit de gok te wagen en lieg dat ik het recept al eerder heb opgestuurd. Even aarzel ik: zou het geen oplichterstruc zijn? Een perverse geest die geld incasseert van suïcidale mensen in de veronderstelling dat die, als ze

niets ontvangen nadat het geld eenmaal van hun rekening is afgeschreven, toch te depressief zijn of te bang voor ontdekking om ergens hun beklag te gaan doen? Maar wie niet waagt, die niet wint.

Zal ik tegelijkertijd wat onschuldiger dingen bestellen, vitaminen en mineralen of iets dergelijks, zodat mijn bestelling neutraler oogt? Ik besluit bot te zijn. Ik vul het formulier in, noteer mijn creditcardgegevens en verstuur mijn order voor honderd seconal. Het is zondag 12 mei 2001. Maandagmiddag al ontvang ik een streng mailtje: 'Seconal mag niet vrij geleverd worden, wij mogen het u niet verkopen – sorry!!!' Exit Zürich.

Na drie vergelijkbare ervaringen elders geef ik het op. Aan seconal of vesparax valt niet te komen.

Depronal

Depronal (werkzaam bestanddeel: dextropropoxyfeen) is een pijnstiller, een synthetisch opiaat; het is een zoontje van methadon. Ik kan de naam alleen in de Nederlandse repertoria vinden: dat betekent waarschijnlijk dat de merknaam landgebonden is. De *Methods File* komt met andere namen:

Propoxyphene (darvon, dolotard, abalgin, antalvic, depronal)

Dosering:	2 gram, gewoonlijk 30 tabletten van 65 mg
Tijd:	de dood treedt gewoonlijk na een uur in. Maakt je niet bewusteloos
Beschikbaarheid:	op recept

Zekerheid:	aangeraden wordt het middel te combineren met iets wat je slaperig maakt; gebruik dan de plastic-zakmethode
Opmerking:	neem zowel alcohol als antibraakmiddelen. Aangezien het lang duurt voor je er bewusteloos van raakt, kun je proberen het middel te combineren met iets wat dat wel doet, zodat je de vertrouwde plastic-zakmethode kunt gebruiken.

Uit WebMD blijkt dat de Amerikaanse en Canadese variant darvon heet.[17] Tekenen van een overdosis zijn spasmen en stuipen, trage of moeilijke ademhaling, blauw wordende lippen en nagels, buikkrampen, lage bloeddruk en een zwakke pols; daarna raak je in coma en sterf je, meestal door ademhalingsproblemen.[18] De effecten treden snel na inname op, en zelfs als je ogenschijnlijk aan de beterende hand bent, kunnen er onverwacht (opnieuw) ademhalingsproblemen optreden of kan een hartstilstand ontstaan.[19] In geval van overdosis mag je onder geen beding tot overgeven worden aangezet, schrijft WebMD nadrukkelijk, vanwege de haperende ademhaling: je zou makkelijk kunnen stikken. Je maag leegpompen en tegengif geven is het enige dat helpen kan.

De meeste bronnen – van mijn zegslieden tot aan brochures en boeken – raden meer aan dan de *Methods File* suggereert, namelijk drie gram. En voor depronal geldt hetzelfde als voor seconal: het middel wordt effectiever als je het mengt met alcohol, spierverslappers en antihistamines (middelen tegen allergieën zoals

hooikoorts).[20] De KNMP adviseert om minstens een dag tevoren een antibraakmiddel te nemen, en daarna een papje van twintig capsules depronal van 150 mg, uitgestrooid in vla of yoghurt.[21] Aangezien je van depronal niet in slaap valt, is een combinatie met een slaapmiddel zeer aan te bevelen.

♦

IEMAND DIE IK VAN ASH KEN – laat ik hem Peter noemen – heeft me na een korte correspondentie een lijstje on-line apotheken gestuurd waarvan hij weet dat ze de ingrediënten voor een dodelijke cocktail verkopen. Hoe hij aan die lijst komt, vraag ik hem, en hoe weet hij of de leveranciers enigszins betrouwbaar zijn? 'Nu ja, de oplichters vis je er snel uit,' antwoordt Peter, 'daar wordt over gepost op nieuwsgroepen als alt.drugs en op sommige webfora. En je kunt je aansluiten bij groepjes die gezamenlijk medicijnen aankopen: via hen ontdek je dan de on-line apotheken. Zo heb ik mijn lijstje samengesteld.'

Peters lijst bevat onder meer het webadres van een leverancier in Cyprus. Peter heeft daar deprancol aangeschaft, een andere merknaam voor dextropropoxyfeen. (Niet om nu te gebruiken schreef hij: 't is voor later, voor de zekerheid – Peter heeft suikerziekte en vreest zijn aftakeling).

Ik bestudeer de voorwaarden op de Cypriotische site. De firma vraagt alleen bij spoedbestellingen om een recept en legt voorts uit: 'Indien u geen recept bij uw bestelling voegt, nemen wij extra maatregelen om uw bestelling discreet te verzenden.' Dat klinkt

samenzweerderig genoeg. Ik zoek bij de pijnstillers. Daar staat het: 'Deprancol (darvon) – dextropropoxyphene hydrochloride 150 mg – 10 capsules: $10.' Drie gram, zegt de KNMP; dat is twintig capsules. Ik besluit er veertig te bestellen en doe er een mild slaapmiddel bij, dorminida. Mijn bestelling komt uit op zesenvijftig dollar. 'Uw totaalbedrag is te laag,' waarschuwt de site: je moet voor minstens zestig dollar kopen willen ze iets opsturen. Vooruit, vijftig deprancol dan. Dat vinden ze wel goed.

Een struikelblok: je blijkt geen creditcard te kunnen gebruiken maar moet een postwissel sturen. Een paar minuten nadat ik mijn bestelling heb gedaan, ontvang ik een bevestiging en een betaalinstructie. Hoewel de homepage in Cyprus geregistreerd is, moet het geld naar Gibraltar. Op dinsdag 15 mei 2001 rijd ik naar de stad om een postwissel in orde te maken. Twee uur later ben ik 267 gulden (120 euro) armer en is er een aangetekende brief met een cheque onderweg.

Na twee weken wachten op de aankomst van mijn pakketje word ik ongeduldig en licht ongerust: ben ik nu opgelicht of niet? Maar dan, begin juni, gaat de deurbel: de post met een aangetekend stuk. Daar zul je Cyprus hebben! De postbode heeft een dikke envelop vol kleurige zegels in zijn hand. Ik aarzel, het pakje lijkt veel te groot. Het blijkt een pond pistachenoten uit Aegina te zijn, opgestuurd door mijn Griekse schoonvader die zijn zoon wil verwennen. Niks geen dodelijk medicijn.

Een week later – de noten zijn inmiddels op – ontvang ik een mailtje: mijn geld is binnen, meldt Cyprus. Het pakje wordt nu eerst verscheept naar een adres elders in Europa en zal vandaar uit naar Amsterdam worden

verzonden. Eind juni vind ik een pakje in mijn brievenbus. Heel plat, heel neutraal: net of er een cd in zit. Alles zo discreet dat ik niet eens voor ontvangst hoef te tekenen. Binnenin tref ik mijn bestelling met bijsluiters en al. Alles ziet er zeer authentiek uit: geel-oranje capsules, de merknaam achter op de doordrukstrips, en de uiterste houdbaarheidsdatum op de rand gestanst: 08/2003.[22] Dit is hartstikke echt. Hier kan ik dood mee.

♦

Ondertussen zoek ik bij een tweede site van Peters lijst: een on-line apotheek in Duitsland. De site opent met een uitgebreide waarschuwing. Ze verkopen niets dat onder de opiumwet valt, geen narcotische derivaten (waar depronal onder valt), geen barbituraten, geen amfetaminen, geen… de lijst van wat ze allemaal níet verkopen is imposant. Hoewel ik eigenlijk niet verwacht binnen West-Europa illegaal aan dodelijke medicijnen te kunnen komen, zoek ik door. Warempel, daar staat het, onder de pijnstillers: 'Dextropropoxyphene 150 mg; sterke pijnstiller; 50 capsules voor 100 dollar.' Alleen heet het spul hier develin retard.

Op de medicijnsites die ik raadpleeg, kan ik niets over develin vinden; ik sla er een zoekmachine op na. Develin wordt in Duitsland met name gebruikt om de pijn bij kanker te verzachten, en – hoe interessant – blijkens een bericht op de pagina's van de universiteit van Würzberg wordt develin niet langer verkocht in Duitsland.[23] Ik kan nergens achterhalen waarom niet.

Het toeval wil dat ik juist bij die universiteit iemand ken die bovendien farmacoloog is: mijn ruzie met Scientology heeft me breed vertakt netwerk opgeleverd. Ik mail Cornelius. Hij pluist het na en weet me dan te vertellen dat develin sinds december 2000 wegens zijn verslavende werking niet langer door het Duitse ziekenfonds wordt vergoed.[24] Leugenaars. Het gaat niet om het risico van verslaving (anders zou valium allang van de markt zijn gehaald) maar om de dodelijke werking ervan bij overdosis.

Zit deze Duitse on-line apotheek soms met een restpartij die ze op deze manier willen wegwerken? Mogelijk. Eerst maar 's zien of ze me de deveril daadwerkelijk zullen verkopen. Bij hun voorwaarden stellen ze de eis dat je 'desgevraagd' je recept moet opsturen. (Hé, is dát niet een bruikbare truc voor mensen die weliswaar heuse recepten hebben, maar er te weinig medicijnen mee kunnen krijgen? Fax hetzelfde recept aan tien buitenlandse firma's; dan kun je op één briefje tienmaal de voorgeschreven hoeveelheid bemachtigen. Anderzijds, áls ze je dokter bellen, zoals ze soms beweren te doen, zit je alsnog in de puree.)

Ik vul een orderformulier in. Vijftig deveril voor honderd dollar. Veel duurder dan Cyprus. Zal ik er nog iets neutralers bij doen als afleidingsmanoeuvre? Hemel, ze zijn met alles prijzig: honderd aspirientjes kosten vijfentwintig dollar, dat is dik zestig gulden. Alleen de deveril dan maar. Het is zondagavond 13 mei als ik mijn bestelling verstuur. Twee dagen later ontvang ik de betaalinstructies. De prijs is inmiddels verhoogd naar honderdveertien dollar. Mijn bestelling kost, inclusief

verzendkosten, verzekering en bankkosten 172 euro, bijna 380 gulden.

Op 30 mei stort ik bij het postkantoor[25] het vereiste bedrag op een rekening in voormalig Oost-Duitsland. Half juni komt de postbode met een dikke envelop met een overdaad aan stickers. *Personal medecine*, zegt het douanezegel, met spelfout en al. Ik teken voor ontvangst, maak de buit open en tref een licht verkreukelde medicijnverpakking aan. *Verschreibungspflichtig* staat er op de zijkant van het doosje develin, 'alleen op recept'.

Later die maand kijk ik nog eens op de site. Develin is 'tijdelijk niet in voorraad' meldt voorheen Oost-Duitsland, en dat verandert de maanden erna niet meer. Ongerust houd ik een oogje in het zeil bij de Cyprioten. In augustus zie ik dat deprancol ook daar van de productlijst is verdwenen. Tja. De sites werden de laatste tijd openlijk op alt.suicide.methods als leveranciers genoemd. De grond werd ze waarschijnlijk te heet onder de voeten. Ik was op het nippertje, maar anderen grijpen nu mis.

Potassiumchloride

Potassiumchloride (kaliumchloride) als oplossing geïnjecteerd / KCl

Dosering:	niet bekend (probeer 20cc-injecties in sterke oplossing
Tijd:	seconden tot minuten
Beschikbaarheid:	gemakkelijk te krijgen
Zekerheid:	zeer betrouwbaar bij de juiste dosering
Opmerkingen:	veroorzaakt een hartaanval (wat pijnlijk is). De lijkschouwer zal niet altijd

> kunnen achterhalen dat het zelfmoord in plaats van een natuurlijke hartaanval. Een overmaat van K^+ in het bloed verhindert de zenuwen om hun signalen correct door te geven, zodat de spieren stoppen te werken. Zodra het middel je hart bereikt, houdt dat op met kloppen.

ConsuMed noteert bij kaliumchloride dat het middel essentieel is voor een normale elektrische prikkelvorming en geleiding over zenuwcellen, hart- en skeletspieren, en voor de vocht- en elektrolytenbalans van het lichaam.[26] Effecten van een overdosis zijn shock, verlammingsverschijnselen, stuipen, hartritmestoornissen en uiteindelijk een hartstilstand.[27] Potassiumchloride wordt onder verschillende merknamen aangeboden, waaronder kaochlor, kato, klor-con, klotrix en potasalan.[28] Injecteerbare kaliumchloride is, evenals de sterke tabletvorm, alleen op recept verkrijgbaar; als voedingssupplement (in de vorm van pillen) is het soms vrij verkrijgbaar. In een chemicaliënwinkel vind je het echter moeiteloos, vertelt mijn zegsman.

Wie kaliumchloride krijgt voorgeschreven, dient twee- tot viermaal daags 15 tot 25 milli-equivalenten (mEq) in poedervorm te nemen, met een maximum van 100 mEq per dag. Een overdosis kaliumchloride (hyperkalemia) kan tot ernstige en blijvende beschadiging van nieren, hart en zenuwstelsel leiden.[29] De KNMP raadt het inspuiten met kaliumchloride absoluut af als euthanaticum,30 vermoedelijk omdat een hartaanval pijnlijk is en bepaald geen zachte dood betekent.

Ik loop de inmiddels vertrouwde apotheken af. Ondertussen duizelt het me van merknamen, maar ik weet de weg op elke site steeds beter te vinden. Niet dat dat helpt: ik vind niets.

Nivaquine

Nivaquine (werkzame stof: chloroquine) wordt hoofdzakelijk gebruikt ter voorkoming en genezing van malaria. Daarnaast wordt het soms gebruikt als pijnstiller voor reumapatiënten, bij bepaalde leverinfecties en tegen sommige vormen van lupus.[31] De Methods File noemt het middel niet. WebMD waarschuwt uitdrukkelijk het medicijn niet in de buurt van kinderen te laten slingeren. Die zijn er uitermate gevoelig voor: er is een geval bekend van een kind dat stierf na het innemen van slechts één tablet (300 mg). De normale dosis ter voorkoming van malaria is een tablet van 500 mg per week. Wie al malaria heeft, wordt geadviseerd eenmaal 1 gram in te nemen, na acht uur nog eens 500 mg, en de twee dagen erna elk nog eens 500 mg. Het medicijn kan (permanente) oogproblemen veroorzaken benevens misselijkheid, krampen en haaruitval.[32] In geval van een overdosis krijg je hoofdpijn, stuipen, shock, ademhalingsproblemen en uiteindelijk een hartaanval.[33]

Een deskundige – hij weet van het doel van mijn onderzoek – mailt me op verzoek meer informatie en vertelt dat doseringen hoger dan 5 gram in de regel fataal zijn. Chloroquinesulfaat garandeert beslist geen milde dood: je kunt bijvoorbeeld half bewusteloos raken terwijl je heel benauwd bent en waarschijnlijk snoerende pijn op

de borst hebt. Om een al te nare dood te voorkomen is het voorts beter er flink wat slaaptabletten bij te nemen: slapend is de kans kleiner dat de benauwdheid en de pijn op je borst je in paniek brengen. Bovendien wordt sterk aangeraden er een plastic zak bij te gebruiken. Van Humphrey leer ik tevens dat je nivaquine nooit samen met diazepam (valium) moet gebruiken: die medicijnen schijnen de dodelijke werking van nivaquine te neutraliseren.[34]

Ik ga de lijst aanbevolen apothekers weer af. De Engels/Chinese site, nee niets, de Dominicaanse Republiek, niets, over naar Singapore, nee, dan naar die andere Singaporese site. Ik loop daar tevens het hele productaanbod door op de lijst van werkzame bestanddelen die ik inmiddels heb verzameld, zo vond ik immers ook die deveril als alternatief voor de depronal… grappig, er zijn geen werkzame bestanddelen die met een J, een U of een X beginnen – ah! hydrochloroquine hebben ze daar wel, merknaam: plaquenil. Voor de zekerheid zoek ik dat op: de werking is inderdaad vergelijkbaar met die van chloroquine.[35]

Singapore verkoopt het in tabletten van 200 mg elk. Even rekenen: WebMD en het Repertorium adviseren een iets lagere dosis van hydrochloroquine dan van chloroquine: 400 mg per week, in plaats van 500 of 600. Hier verkopen ze het in tabletten van 200 mg. Als je normaal maximaal één gram chloroquine per dag mag nemen, dan moet twintig gram van het sterkere hydrochloroquine toch genoeg zijn. Volgens mijn informant kan ik zelfs met de helft toe. Ik bestel, krijg een ordernummer toegewezen en zal straks een e-mail

ontvangen met betaalinstructies, beloven ze. Het is maandag 14 mei. Na een week heb ik nog niets van ze gehoord. Op mijn herinneringsmailtje volgt slechts grote stilte. Exit Singapore.

De volgende on-line apotheek zit in Karachi, en meldt trots: 'No Prescriptions Needed. DELIVERY GUARANTEED.' De Pakistanen bieden ruim drieëneenhalf duizend medicijnen aan en hebben een speciale pagina gewijd aan importproblemen. Karachi stelt dat Nederland valt onder de landen die niet heel nauwgezet controleren, evenals Engeland, Duitsland, Zwitserland, Zweden, Noorwegen en Finland. Onderdanen van Canada en de Verenigde Staten mogen wettelijk niet meer dan een voorraad van drie maanden aan medicijnen importeren.

Maar, zo legt de firma grijnzend uit, aangezien er per dag ruim een kwart miljoen internationale brieven en pakketjes in elke Amerikaanse luchthaven binnenkomen, wordt hooguit vijf tot tien procent van de medicijnen geconfisqueerd. Wie zijn medicijnen onderschept ziet, ontvangt vervolgens officieel bericht van de douane en daarmee is de kous af. Die inbeslagname kun je wettelijk aanvechten, maar dat is nergens voor nodig, stelt Karachi. Gewoon je bericht van confiscatie aan hen opsturen, en dan sturen ze je een nieuw pakketje. Die procedure wordt net zo lang herhaald tot het je wél lukt de bestelling binnen te krijgen. Zeggen ze.

Per mail krijg ik de bijgewerkte productlijst. Ik werk dertig pagina's dicht bedrukte tekst door. Heel veel penicilline, wat milde tranquillizers en antidepressiva, nogal wat middelen tegen acné, maagzweren en hoge bloeddruk, en veel, heel erg veel hormonen en anabole

steroïden. Na lang zoeken vind ik plaquenil: 50 tabletten van 200 mg kosten zesenzestig dollar. Ik bestel ze, en doe er merkloze valium bij: 50 tabletten van 10 mg voor vijftien dollar. Het is zondag 20 mei. Karachi belooft binnen een etmaal betaalinstructies te versturen. Daags erna maak ik bijna negentig dollar over naar Karachi. Ik hoor daarna nooit meer iets van ze. Karachi zwijgt voortaan in alle talen.

♦

Peters lijstje heb ik inmiddels dik en breed afgewerkt, maar vesparax en seconal, de zachtste en meest betrouwbare middelen, heb ik nog steeds niet gevonden. Niet-westerse landen lijken de enige optie. Ik zoek nu per land. Mexico verkoopt zo ongeveer niets anders dan viagra en propecia, een middel dat claimt kaalheid tegen te gaan. Ik vind een on-line apotheek in Amman: ik vraag ze wat ze hebben, en of ze ook aan Nederlanders leveren. Jordanië stuurt een vaag briefje terug. Ik dring aan en hoor niets meer. Ik mail een apotheek in Boekarest: 'Helaas mevrouw, wij verkopen niet aan landen binnen de Europese Unie.' Maleisië, Singapore, India, Thailand, Polen, Rusland – het gaat maar door, en ik vind niets. In een laatste futiele poging zoek ik zelfs bij dierenapotheken. Al even vergeefs, natuurlijk.

Na tien dagen fulltime speuren geef ik mijn queeste op. Dit levert even weinig op als een steen een berg op rollen. On-line apotheken lijken beter geschikt voor impotente mannen, sporters die vals willen spelen en transseksuelen die buiten het medisch circuit om

hormonen willen kopen, dan voor zelfmoordenaars. Voor zelfmoord bestaat kennelijk geen markt.

Dat nu maakt de omstreden Suicide Methods File een wel heel wrang document. Het document legt je keurig uit met welke pillen je enigszins betrouwbaar zelfmoord kunt plegen, maar aan die medicijnen komen is via datzelfde net schier onmogelijk. Voor dit doel is internet het summum van valsheid: kijken, kijken, maar niet kopen. En wat er aan sluipwegen is, sluit zich zowat onder mijn ogen. Ik verbaas me ondertussen dat ik die deprancol nog heb weten te bemachtigen.

Ik ben er voornamelijk in geslaagd een mythe te ontzenuwen: je kunt helemaal niet alles via het net kopen. Met alle hulp die ik heb gekregen, is het mij slechts met veel moeite gelukt, en de betreffende sites leveren de gewenste medicijnen inmiddels niet meer.

Wie dodelijke pillen wil, kan beter – net zoals vroeger, toen internet nog niet bestond – naar België reizen (waar nivaquine, het medicijn tegen malaria, met gebruikmaking van een goede smoes vrij in de apotheek verkrijgbaar is), net als de journalisten van *De Groene*, recepten gaan vervalsen, of hel ouderwets de Amsterdamse pillenbrug bezoeken om 300 milligram methadon te kopen. Vooral dat laatste is extreem dodelijk. Alleen accepteren ze op de pillenbrug geen creditcards.

Ik, zei de gek

Je schijnt er klaar voor te kunnen zijn. Er is een kennelijk karakteristieke rust die optreedt nadat de beslissing te willen sterven innerlijk en met overtuiging is genomen, een rust die gepaard gaat met opluchting, sereniteit en voldaanheid.

Ik heb die weldadige rust ooit zelf gevoeld, nu zo'n twintig jaar terug. Ik was een- of tweeëntwintig en had anorexia plus ernstige boulimie. Ik at gewoonlijk zo min mogelijk en wisselde dat af met dagen waarop ik me volpropte en dan overgaf, eet- en spuugsessies die uren konden duren en vaak diezelfde dag uit woede en omdat-het-nu-toch-niets-meer-uitmaakte nogmaals werden herhaald, waarna ik een dag lang uitgeput was en het halve vasten weer begon. Ik verzaakte er afspraken voor, kwam niet opdagen op colleges en verstopte me onder mijn bed als er iemand ongerust aanbelde om te vragen waar ik gebleven was. Mijn trots werd gevoed door niet te eten, de eetbuien werden mijn straf en mijn troost. Eten en niet eten kwamen in de plaats van emoties te staan.

Ik verbleekte als iemand in de supermarkt in mijn voorbereidende karretje keek. Dan zou ze namelijk duidelijk worden wat er mis met mij was. Ik kocht ter bescherming daarom ook altijd camouflerend eten, sla of appels, maar vreesde dat iedereen daar dwars doorheen zag. Ik maakte die tocht naar de supermarkt soms zuchtend, als een junkie die met tegenzin naar haar dealer liep: Moet ik nu alweer? Kan dit alsjeblieft ophouden? Ik

stal zelfs eten van mijn buren. Ik was volkomen in de greep van een vraatzuchtig ding, het was iets wat ik beheerste noch begreep, het nam me over, en ik sprak er uit dodelijke gêne met niemand over.

Er waren daarnaast psychologische problemen: ik kon me niet voorstellen dat wie ook écht om me gaf, en zelfs in het aangezicht van vrienden voelde ik me opgelaten en wist ik zeker – zo'n stil, diep weten – dat ze eigenlijk ander gezelschap boven mij verkozen. Ik kon mezelf niet in een spiegel zien zonder een lelijk gezicht tegen haar daar te trekken. En over wat er allemaal fout ging, was ik soms zo ondersteboven dat ik uren starend op de bank kon zitten, niet merkend hoe de tijd verstreek. Of ik moest weg, naar college of een afspraak, en zeeg dan halverwege de trap neer om daar een uur te blijven zitten, waarna ik moedeloos weer naar boven sjokte: ik durfde niet naar buiten.

Ik wist niet dat er woorden waren voor mijn eetproblemen. Nog minder wist ik dat diezelfde woorden ook mijn sociale ongeluk overkapten en verklaarden. Ik had in mijn ogen twee soorten geheimen en zag geen verband daartussen. Aan de buitenkant was ik bovendien succesvol: een goed verstand, een rappe mond. Er waren zelfs mensen verliefd op me. Die moesten gek zijn, of ik had ze wel heel efficiënt om de tuin geleid en hen iets voorgespiegeld wat er niet was. Hun verliefdheid was de maat van hun verblinding en tevens het bewijs van mijn bedrog. De afstand tussen mijn binnenhoofd en mijn buitengezicht groeide me boven mijn krachten.[1]

Op een dag, na jarenlang geworsteld en in mijn hoofd geruzied te hebben, besloot ik dat het genoeg was

geweest. Over die beslissing had ik maanden getobd. Ik had haar als een kubus rondgewenteld in mijn hoofd en haar van alle kanten bekeken: ik schatte de lengte van het verdriet van ouders en vrienden, mat de diepte van mijn eigen onmacht, de hoogte van mijn paniek, de breedte van mijn problemen. Wat de doorslag gaf, valt nu lastig te zeggen. Misschien was ik vooral voldoende gewend geraakt aan het idee. Ik maakte een plan.

In de daaropvolgende week was ik opgelucht en volmaakt zeker. Ik voelde me bevrijd. Mijn gemoed was eufoor; ik was ontspannen en goed gemutst. Er is een woord dat ik nooit voor mezelf zou gebruiken: 'vredig'. Hier echter paste het. Ik bezocht vrienden en was daar lief en opgewekt, opdat ze later zouden weten dat het mij goed was gegaan die week en daar de kracht van mijn zekerheid in zouden herkennen, en misschien kon ze dat troost geven, na mijn dood. Ik maakte mijn huis schoon. Ik regelde van alles: betaalde rekeningen, bracht geleende boeken terug naar hun eigenaars en zei afspraken die na mijn dood vielen, keurig af. Ik vond zelfs een nieuwe huurder voor mijn huis. Ik hechtte de flarden van mijn leven af en ruimde alvast de troep op voor de overblijvers.

De nacht ervoor hield ik mezelf doelbewust uit de slaap, in de hoop dat ik daarna, de pillen eenmaal op, makkelijker in slaap zou kunnen vallen. Ik schreef een stapeltje brieven waarin ik iedereen vrijpleitte. Om tien uur 's morgens fietste ik naar vier verschillende apotheken en drogisterijen en kocht bij elk van hen een doosje aspirines. Thuisgekomen zette ik mijn lievelingsplaat op en slikte ze alle tachtig in, plus de zes die ik nog had liggen –

zesentachtig aspirines, zo'n getal vergeet je nooit meer – en ging op bed liggen wachten. Ik was heel kalm.

De slaap kwam niet. Na een uur begon mijn hart steeds harder te bonken en gonsden mijn oren. Mijn ledematen werden onrustig, ik kon niet meer stil blijven liggen, elke houding deed me zeer. Ik trilde over mijn hele lichaam, mijn ogen zwommen en ik werd steeds misselijker. Ik heb het vijf uur zo uitgehouden. Om tien voor vier keek ik op de klok.

Er verging daarna een eeuwigheid waarin ik wanhopig wachtte op iets: een coma, suffigheid, slaap, rust, bewusteloosheid, vergetelheid, maar het enige wat er gebeurde was dat het leven in mijn lichaam spookte, mijn hart in mijn kop bonkte, mijn buik zwol en mijn ogen niets vast konden houden. Ik dwong mezelf stil te blijven liggen en sprak mezelf afwisselend vermanend en kalmerend toe. Na die eeuwigheid – het bibberen was erger geworden, ik lag ondertussen te klappertanden – keek ik verlangend naar de klok: als er in hemelsnaam maar weer een uur voorbij was. Er bleken nog geen vijf minuten verstreken te zijn. Dit hield ik niet vol. Het wilde niet. Dit ging fout.

Machteloos, boos op mezelf en plots zo moe, zo doordrongen van de vergeefsheid van alles, inclusief van zelfmoord, ben ik naar de telefoon gekropen om iemand te bellen. Een halfuur later werd ik per brancard de trap afgedragen; nog een kwartier later werd mijn maag leeggepompt terwijl mijn moeder mijn hand vasthield.

♦

Ik ben nooit blij geweest dat het me niet is gelukt. De maanden erna werden er niet eenvoudiger op. Ik had nog steeds geen woorden om over mijn anorexia annex boulimie te spreken. Het was toen nog niet zo modieus, ik wist niet eens dat ik het had, ik wist alleen dat ik worstelde met eten, dat niemand anders dat deed en dat het verbijsterend griezelig was. Ik kampte met schuldgevoel en mislukking, en moest me nu bovendien verweren tegen boze en verdrietige verwijten van egoïsme, aandachttrekkerij en hoe-kon-je-ons-dit-nu-aandoen. Ik had anderen niets willen aandoen, ik had *mezelf* iets willen aandoen.

En ik zweeg vooral heel veel. Op de verwijten waren toch geen antwoorden te geven. De studentenpsycholoog met wie ik verplicht moest spreken kwam niet door mijn schild heen en zelf was ik te bang om eruit te kruipen. Ik verloor in die periode na mijn mislukte opzet iets groots: de gedachte dat ergens een oplossing te vinden was, al was het maar in de dood. Ik voelde me klein, verloren en verslagen. En eens te meer was ik een mislukkeling: zelfs in zelfmoord plegen was ik niet goed.

Het heeft nog twee of drie jaar geduurd voordat ik over mijn boulimie-met-anorexia kon spreken: ik zag een documentaire op tv en voelde een innerlijke puzzel in elkaar vallen. Daarna, en daardoor, ontstond een nog ergere crisis, maar toen kwamen er tenminste woorden voor beschikbaar en hield iedereen me in de gaten, ook al wist ik mezelf zo dun te krijgen dat ik door een naald kon. Het heeft nog tien jaar geduurd voor ik niet meer overgaf en niet meer uit mijn doen raakte als er een rol koekjes in een keukenkastje stond. Het heeft tot drie jaar geleden

geduurd voor ik écht normaal kon eten – gewoon zomaar, met smaak en zonder erover na te denken – en ik niet paniekerig raakte bij een volle buik, of superstreng voor mezelf werd na een zak chips of een vette saus, en voor ik niet meer vijf keer per week op de weegschaal stond, angstvallig mijn gewicht in de gaten houdend.

Maar ik zou geen spijt hebben als ik indertijd in mijn opzet was geslaagd. Ten eerste was ikzelf er dan vanzelfsprekend niet meer geweest om spijt te hebben (dat klinkt als een dooddoener, maar hij is daarom niet minder waar), en ondertussen zouden mijn ouders er vermoedelijk wel overheen zijn.

Ten tweede neemt een mens vaker onherroepelijke besluiten: om een kind te krijgen, bijvoorbeeld, ook een daad die nimmer is terug te draaien. Het enige dat je van jezelf – en van anderen – mag verwachten, is dat je over verstrekkende, onomkeerbare besluiten op voorhand goed nadenkt. Zulke beslissingen later betreuren of ongedaan willen maken, is ten diepste zinloos, en de mogelijkheid dat je later tot een ander besluit zou kunnen komen, dien je mee te wegen in de beslissing zelf.

Ten derde wens ik niemand de jaren van wanhoop na mijn mislukte zelfmoord toe, ook mezelf niet, zelfs niet in de retrospectieve wetenschap dat het later beter werd. Door zoveel pijn mag je een mens niet moedwillig heen sturen. (Dit is natuurlijk in flagrante tegenspraak met mijn opmerking vlak hiervoor, over mijn ouders die er inmiddels wel overheen zouden zijn. Er zit inderdaad een egoïstisch element in zelfmoord: jij kunt er niet meer tegen, en voor wie geen weerstand meer heeft, wordt dat onvermogen de maat der dingen.) Bovendien: sommige mensen komen er

nooit uit. Dat ik ooit de pech had dat doodgaan mij mislukte, betekent niet dat er een goedmakertje of beloning op me te wachten lag: dat ik later zou slagen in het leven, dat mij een recht op te incasseren geluk toeviel. Dat ik het wel kreeg, dat geluk, is mazzel, geen rechtvaardigheid.

En bovenal: geen spijt hebben van toen wil niet zeggen dat ik nu niet heel blij ben dat ik leef.

♦

Dat ik in mei 1992 opnieuw de zelfmoord nabij was, had een andere reden. Ik liep inmiddels al belazerd vanwege de multiple sclerose, en nu deden mijn armen het amper nog. Meer dan anderen heb ik mijn armen nodig: opstaan uit een stoel kan ik niet zonder armkracht; ik stabiliseer me met mijn handen als ik door mijn huis loop, en buitenshuis heb ik ze nodig om stok en rolstoel te gebruiken. Ik kon mijn haren niet meer kammen en geen geld uit mijn portemonnee halen; ik wankelde door het huis, mijn rolstoel moest worden geduwd; ik moest me, steunend op mijn ellebogen, moeizaam uit een stoel werken. Ik kon nog net koffie zetten en een boterham smeren maar tegen de tijd dat die klaar waren, was ik te moe om nog te ontbijten. Zo wilde ik niet. Dit hield ik niet vol. Dit was foute boel.

Ditmaal sprak ik veel met vrienden. We hadden dat eerder gedaan, hoewel zulke gesprekken tot nu toe hypothetisch van karakter waren geweest. Maar al die wat-als en dan-dit gesprekken hadden me in eerder stadium, toen de ziekte nog nieuw voor me was, enorm geholpen om mijn weg dwars door die ziekte heen te bepalen: ik had

erdoor besloten dat ik niet heel voorzichtigjes zou gaan leven, me niet door angst zou laten leiden. Wie uitbundig leeft, riskeert een nieuwe aanval, maar wie kalmpjes leeft kan hem óók krijgen. Dan liever de uitbundigheid, die bovendien behalve moeheid en voer voor mijn hoofd ook een ander soort energie leverde, het tintelende en bevredigende gevoel dat ik gewoon nog mezelf kon zijn, ook al liep ik dan verrot. Bovendien vermoed ik dat ik, juist als ik zeker weet dat ik tot op het laatst grondig heb geleefd en heb gedaan wat ik nodig en belangrijk vind, tegen die tijd makkelijker en zonder spijt kan sterven.[2]

Dat besluit, genomen een paar jaar nadat de MS zich manifesteerde, had me geholpen om minder bang voor die ziekte verder te leven. Opmerkelijk hoe je, met het besef dat je zelf je grenzen kunt stellen en je dood in eigen hand kunt nemen, je leven kunt versterken en de wanhoop beter in het gezicht durft te kijken. Je ziet het ook bij mensen met een dodelijke ziekte: als ze de papieren voor euthanasie hebben ingevuld, zich hebben geïnformeerd over regels en procedures, hun gedachten hebben bepaald over de grenzen die ze aan hun aftakeling willen stellen, voelen ze zich vaak beter geoutilleerd om de ziekte op hun termen te lijf te gaan en zijn ze ronduit minder bang voor de dood.

In mijn geval ligt het accent iets anders: niet op euthanasie maar op zelfmoord, omdat mijn grenzen ver voor die van de wet liggen en ik een arts daarom niet met mijn verzoek wil belasten. De wetenschap dat ik altijd nog zelfmoord kan plegen als de ziekte te veel huishoudt in mijn lichaam, houdt me op de been.

Daarmee is de dood paradoxaal genoeg een vriend geworden, een bondgenoot tegen die ziekte. De Roemeens-Franse filosoof Cioran zei het nog net iets scherper in een van zijn aforismen: 'Zonder de *gedachte* aan de zelfmoord, zou ik mezelf al lang gedood hebben.'[3] Hier past me alleen instemmend geknik.

Ik herinner me uit de periode van de lamme armen een mooi gesprek met mijn broer – hij draaide sigaretten voor me, het kostte mij te veel moeite – terwijl we onder het afdakje in de tuin zaten, net buiten het bereik van de kletterende regen, en naar het heftige onweer keken dat de lucht pal voor ons verscheurde. Ik vertelde over de consequenties van blijvend halfverlamde armen. Hij knikte ernstig, maar drong aan op wachten. Ik beloofde dat, maar steeds vaker stelde ik me de grens van twee maanden, hooguit drie. Als ik dan nog zo verlamd was, zou ik gaan. 'Ik gord me in mijn rolstoel en rijd de Wittenburgergracht in,' zei ik tegen Antoine. Kalmerend zei hij: 'Rustig maar, kind. We hebben het er nog over. Bovendien, dat kun je nu tóch niet...' Daar had hij gelijk in. Ik zou ze nog wel eens heel hard nodig kunnen hebben, die vrienden.

En we spraken. De meesten begrepen mijn paniek, mijn ouders inclusief. Altijd zo zelfstandig willen wezen, en nu alles aan anderen moeten vragen? No way, José. Zelfmoord wordt overigens aanzienlijk eenvoudiger geaccepteerd wanneer je er een fysieke reden voor kunt aanvoeren: alsof mensen zich daar beter in kunnen inleven en, makkelijker dan bij een psychische kwaal, bereid zijn hem als sluitend argument te beschouwen. (Van een psychische kwaal kun je echter niet zomaar met een serie pillen of behandelingen verlost worden, al denken mensen

dat vaak. En de gedachte dat je ook moet wíllen genezen, is verleidelijk maar vals. Een depressie moet vooral betijen en het genezen ervan heeft weinig met wil uit te staan. Voor psychoses en manie geldt dat eens temeer.)

Tot praktische gesprekken – hoe doen we dat dan, Spaink! en: hoe kom je aan pillen? – hoefde het gelukkig niet te komen. Halverwege de drie maanden die ik mezelf had gegeven, knapte ik godlof weer op.

Zulk wachten kan gevaarlijk zijn. Ik ken iemand die daardoor te laat was. Zij heeft ook multiple sclerose, aanzienlijk erger dan ik, en wilde na de zoveelste verslechtering zelfmoord plegen. Ze liet zich door haar liefde voor intimi en familie verleiden nog wat te wachten: wie weet verbeterde haar toestand, en bovendien, ze hielden zo van haar. Ze vond dat een uitermate geldig argument, ze hield ook enorm van hen, en wat meer is: ze wilde uiteraard niet dood, ze wilde zelf ook liever opknappen. Ze wachtte daarom nog wat. Maar ze werd alleen maar slechter, en rap ook.

Ze zou nu intens innig willen dat ze het toen wél had gedaan. Inmiddels werkt één arm nog een beetje. Ze is niet eens meer in staat om eigenhandig pillen uit een doordrukstrip te halen of die te verbrijzelen. Ze is boos en verdrietig over haar aarzeling van toen: in die korte periode dat ze het nog wel zelf had gekund, heeft ze voorbij laten gaan. Haar arts wil haar niet helpen – voor euthanasie is ze niet ziek genoeg, meent hij – en ze vindt niemand die bereid is niet alleen over zelfmoord te praten, maar haar daarin ook daadwerkelijk bij te staan.

♦

Er is nog een reden waarom de dood voor mij en veel van mijn vrienden niet meer zo abstract is: hij is al te vaak gezien en besproken. Dat heeft niks met mij maar alles met leeftijd en subcultuur te maken.

Toen ik mijn uitgever het voorstel voor dit boek deed, was hij meteen gefascineerd: 'De dood, ja, daar krijgt onze generatie steeds meer mee te maken. Het zal een belangrijk thema worden voor de komende jaren.'

Als Vic zoiets zegt weet ik dat hij niet aan markt en afzet denkt maar aan zijn vrienden, aan zijn auteurs en aan de ouders van al die mensen. Aan zijn onvervangbare collega Henk Figee die een aantal jaar geleden opeens dood neerviel door een herseninfarct. Aan zijn eigen ouders, wellicht. Hij vervolgde: 'Onze generatie – nu ja, ik ben wat ouder dan jij – mijn generatie ziet het langzaam aan rond zich heen gebeuren. Daar zullen we nog veel mee te stellen krijgen.'

Ik legde mijn handen plat op tafel, hief mijn hoofd en keek hem aan. 'Langzaam aan zien gebeuren?' zei ik, scheef glimlachend. 'Grote delen van mijn generatie zitten nu juist eindelijk even in de luwte… Tien jaar geleden stierven ze bij bosjes, de kennissen en vrienden. Aids. Mijn vriendin Anneke bijvoorbeeld heeft in vijf jaar tijd zowat veertig procent van haar intimi moeten begraven.' Vic zweeg toen even. Het was immers geen wedstrijdje in leed.

Wat het wel was, is dit: er is een generatie voor haar beurt gegaan.

Wat ik in die periode ook heb geleerd, is: je wordt meer met de dood geconfronteerd door de dood van een *ander* dan door het nadenken over die van jezelf. Je eigen dood blijft altijd theoretisch, fictief: je maakt hem feitelijk niet eens echt mee. Maar de dood van anderen, daarvan weet je hoe zeer hij doet, hoe pijnlijk hij voor intimi is, hoe schrijnend lang hij doorwerkt. De dood van een ander is altijd concreet, en pijnlijk echt.

Doodgaan is eigen aan anderen.

♦

Een laatste reden waarom ik niet bang ben voor de dood is dat ik er eenmaal geweest ben. Zo voelde het tenminste in de zomer van 1995: dat de dood mij kwam halen.

Daags ervoor had ik heftig met mijn toenmalig vriendje gevreeën, en kreeg weer die vlijmende steek langs mijn slaap die ik een paar maal eerder onder vergelijkbare omstandigheden had gevoeld: te grote opwinding. Na de steek: een instanthoofdpijn van vijf op de schaal van Richter. Andere keren ging hij weg nadat hij vijf minuten mijn hoofd had dichtgetimmerd met pijn, ditmaal niet. Hij bleef. Ik slikte om de twee uur een aspirientje zonder dat het iets uitmaakte.

Die avond, zo'n achtentwintig uur nadat de steek me had overvallen, zaten we na het eten nog een sigaret te roken voordat we naar de bioscoop zouden gaan. Ik moest afleiding van de pijn hebben, hij was niet te harden. Ik zat, zoals zo vaak, met een been over de stoelleuning geslagen. Ineens begon dat been te schokken: een heftiger spasme, veel sneller ook, dan ik van de ms ken. Mijn spieren

schokten in mitrailleurtempo. Ik keek twee seconden naar dat schokkende, schoppende been, verbaasd, verbluft, en realiseerde me dat er iets erg fout was.

'Dit is geen MS,' heb ik geloof ik nog tegen mijn vriendje gezegd, en wat ik wel zeker weet: 'Telefoon. Huisarts. Agenda, onder H.' Daarna voelde ik het spasme omhoogtrekken en verzwolg het me: mijn lichaam kwam stijf te staan, mijn armen sloegen wiekend over de andere leuning, ik lag als een hotsende plank half over de stoel.

De laatste gedachte die ik had, was er een van stenografische kortheid: 'Ga dood. Film leven zien. Wou gewone film!' Het werd zwart, heel pikzwart in en om me heen. Ik zag niets meer, voelde niets. Er was alleen een zwart gat dat me aan het omsluiten was, dat met kracht aan me trok, waarin ik opgezogen werd en dat eeuwig duurde. Ook de paniek viel compleet weg in die laatste paar seconden. Ik constateerde dat ik nu dood zou gaan en dat was dat.

Pas dagen later, eenmaal van de schrik bekomen, drong tot me door dat die laatste gedachteflard, behalve bizar nuchter – wie bedenkt op het moment dat hij meent te zullen sterven nu in hemelsnaam monkelend en wel dat hij naar een *gewone* film wilde in plaats die van zijn leven te moeten gaan zien? – waarschijnlijk ook tekenend was. Er was geen 'ik' meer, geen 'mijn'. Alle voornaamwoorden waren in mijn gedachten weggevallen, zoals ook de emoties wegvielen. Er was geen bewustzijn, er was alleen een absoluut niets.

Vijftien of twintig minuten later kwam ik moeizaam terug uit dat diep-stroperige zwart. Ik was inmiddels op bed gelegd en er stonden twee vreemde

mannen in de slaapkamer die wilden weten welke dag het was en wanneer ik was geboren. Ik werd naar het ziekenhuis gebracht. Na twee uur werd ik ontslagen nadat men had vastgesteld dat ik een epileptische aanval had gehad en daags erna mijn neuroloog moest bellen. Mijn ondertussen uit Harfsen opgetrommelde ouders brachten me naar huis en toen ik moeizaam uit hun auto stapte – ik was bekaf, en mijn linkerbeen, waar het spasme in was begonnen, werkte niet goed meer – kreeg ik een nieuwe aanval op de stoep voor mijn huis en schijn ik de buurt bij elkaar geschreeuwd te hebben en mijn moeders portemonnee bijna aan flarden te hebben gebeten. Het was minder zwart, minder allesomvattend en allesdoordringend dan die eerste keer. Dit was gewoon bewusteloos raken. Binnen kreeg ik een derde aanval, zij het een weer mildere, en de ochtend erna mocht ik eindelijk echt naar het ziekenhuis.

Het bleek een lichte hersenbloeding te zijn geweest, een klont bloed van drie centimeter rechts boven in mijn hoofd, die voor epilepsie, een tijdelijk halfverlamd been en afasie zorgde. Plus die ondraaglijke hoofdpijn. Na twee weken zakte de pijn wat en mocht ik naar huis.

Alle restverschijnselen zijn verdwenen, behalve deze: dat ik denk te weten hoe de dood eruitziet. De dood is een zwart gat dat je dwingend opneemt. Zonder filmvoorstelling vooraf.

♦

Dankzij het onderzoek voor dit boek heb ik nu mijn pillen. Ik heb ondertussen voldoende spul in huis om vier

keer dood te kunnen, dat stelt mij zeer gerust. Ik ben niet langer afhankelijk van hulp van anderen als het fysiek helemaal mis loopt; ik hoef niet te bedelen om euthanasie.

De dood is al eerder een beetje een buurman geworden, hij leeft om het hoekje. Soms vang ik een glimp van hem op. Hij fungeert zelfs als beschermengel: omdat ik mijn afspraak verzilver dat hij me weghaalt wanneer ik het echt niet meer aankan, heb ik meer moed voor de tussentijd – en die tussentijd, dat is mijn leven. Ik vind die gedachte niet eng. Misschien ook is het idee invloed te hebben op mijn hoe en wanneer wel belangrijker dan hoe ik feitelijk aan mijn einde kom. Ook die gedachte vind ik niet eng.

Ik heb daarnaast altijd geloofd dat ik niet vanzelf dood zou gaan, dat wil zeggen niet per ongeluk, niet onbedoeld. Ik geloof dat nog. Dit blijkt een bekende illusie te zijn, door veel mensen gekoesterd, die voortkomt uit de romantische wens het lot in eigen hand te hebben. De gedachte van een zelfgekozen dood houdt rechtstreeks verband met de behoefte de auteur te zijn van je eigen leven, zelf het moment te kunnen bepalen waarop je biografie klaar is en eigenhandig het woordje 'einde' eronder te mogen schrijven. Af. Uit. Klaar. Gedaan.

Om die reden stelt filosofe Patricia de Martelaere dat zelfmoord in de eerste plaats een esthetische daad is: 'Het is het verlangen naar volledigheid, naar voltooiing, naar afwerking van het eigen leven, om het eindelijk als eindproduct te kunnen voorleggen aan de overlevenden.' We verbeelden ons, zegt De Martelaere, dat we doodgaan 'aan het einde' van ons leven, dat we dood gaan om het 'af' te maken; we stellen ons de dood voor als een logisch,

noodzakelijk en passend einde. Maar in werkelijkheid, schrijft ze, 'sterven we op weg om onze kinderen van school te halen, in bad, luisterend naar een cultureel programma op de radio, of in bed met een vrouw die niet de onze is. Wij sterven altijd, zo lijkt het, op de meest ongelegen ogenblikken. En alles wat we per se nog moesten doen, alles wat we absoluut nog hadden willen zeggen, zal gewoon ongedaan blijven, en ongezegd. Ons leven wordt door de dood *onderbroken*, niet *beëindigd*.'[4]

Zulk weggerukt worden is uiterst onbevredigend. Het doet abrupt aan en is slordig; een slecht doordacht plot, zou je haast zeggen. En bovendien eng. Want op die manier – zo pardoes – is er niemand om je hand vast te houden terwijl je het onaffe met het niets verwisselt.

Juist de combinatie van niet alleen willen sterven en de esthetische hang om het auteurschap over het eigen leven uit te oefenen, is naar ik vermoed een reden waarom euthanasie op een paradoxale populariteit kan bogen en in ieder geval aanzienlijk meer bespreekbaar is dan zelfmoord. De meeste mensen willen niet dood, nog niet, doodgaan is eigenlijk iets voor later; maar als er heus geen ontkomen meer aan is en dat ongrijpbare later schrikbarend snel dichterbij komt, dan liever zó. Wie voor euthanasie kiest, weet zich ervan verzekerd dat er intimi binnen handbereik zullen zijn, en kan – binnen de door ziekte en procedures opgelegde marges – zelf uitmaken wanneer hij of zij vindt dat het genoeg is geweest. Je eigen dood regisseren is een lichte vorm van wraakneming op het lot.

Maar zelf moet ik er niets van hebben, van euthanasie. Mijn schrijfversdrang is daarvoor te sterk. In

mijn plot loop ik eerder af dan een arts zou mogen goedkeuren, en belangrijker, ik zou nimmer afhankelijk willen zijn van andermans instemming met mijn beslissing dienaangaande. Je schrijft een roman per slot van rekening ook niet voor de kritiek.

Einde

Noten

Valse voorstellingen

1. Ch.J. Enschedé, *De arts en de dood. Sterven en recht*, Kluwer, Deventer 1985. Met dank aan Hans van Dam, die dit boek onder mijn aandacht bracht.
2. De zogeheten zorgvuldigheidseisen zijn bij de wetswijziging van 2001 inhoudelijk gelijk gebleven en slechts iets uitvoeriger geformuleerd dan voorheen, en zijn tegenwoordig vastgelegd in het Wetboek van Strafrecht, artikel 293, tweede lid. Volgens deze wet gaat de arts alleen dan vrijuit indien hij aan alle opgesomde voorwaarden voldoet, dat wil zeggen dat hij:
   a. de overtuiging heeft gekregen dat sprake was van een vrijwillig, weloverwogen en duurzaam verzoek van de patiënt;
   b. de overtuiging heeft gekregen dat er sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de patiënt;
   c. de patiënt heeft voorgelicht over de situatie waarin deze zich bevond en over diens vooruitzichten;
   d. met de patiënt tot de overtuiging is gekomen dat er voor de situatie waarin deze zich bevond geen redelijke andere oplossing was;
   e. ten minste één andere, onafhankelijke arts heeft geraadpleegd, die de patiënt heeft gezien en

f. schriftelijk zijn oordeel heeft gegeven over de zorgvuldigheidseisen, bedoeld in de onderdelen a tot en met d;
g. de levensbeëindiging of hulp bij zelfdoding medisch zorgvuldig heeft uitgevoerd.

3. Voor 1998 moest de arts nog diezelfde dag het Openbaar Ministerie inlichten. Sinds 1998 worden artsen geacht euthanasie en hulp bij zelfdoding te melden bij de regionale toetsingscommissie euthanasie, die uit een medicus, een jurist en een ethicus bestaat. Deze commissie neemt de rapporten door, vraagt desnoods om een schriftelijke toelichting en nodigt de arts eventueel uit voor een gesprek. Indien de commissie oordeelt dat aan alle zorgvuldigheidseisen is voldaan, is de zaak afgerond. Soms echter deelt zij een waarschuwing of berisping uit. In een aantal gevallen overhandigt de commissie het dossier aan het Openbaar Ministerie, dat dan onderzoekt of het de zaak aanhangig wil maken en de arts eventueel aanklaagt.
4. Robert Pool: *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederland ziekenhuis*, WYT Uitgeefgroep, Den Haag 1996. Voor dit boek, dat gebaseerd is op participerende observatie, heeft Pool gesprekken met artsen en verpleegkundig personeel opgenomen, artsenvisites meegelopen, dossiers bestudeerd en artsen, patiënten en families geïnterviewd. Met dank aan Ferrie J. Bank, die me op dit boek wees.
5. Pool, *Vragen om te sterven*, p. 156-158. Meneer Bauer werd uiteindelijk naar huis gebracht, waarna hij en

zijn vrouw ineens niet meer spraken over euthanasie. Twee weken later overleed hij in zijn slaap.

6. Albert Klijn en John Griffiths, 'De regionale toetsingscommissies en de ontwikkeling van de meldingsfrequentie euthanasie', *Nederlands Juristenblad* 75, 1 september 2000, p. 1486-1489. Zie http://www.rechten.rug.nl/mbpsl/Meldfreqd.pdf.
7. De rechtbank te Haarlem op 30 oktober 2000 in de zaak Brongersma, ELRO-nummer AA7926, zaaknummer 15/035127-99.
8. Heleen Dupuis op een besloten bijeenkomst over vrijwillige levensbeëindiging, georganiseerd door de VVD op 9 mei 2001.
9. Zie bijvoorbeeld de demografische gegevens in het Vlaamse onderzoek naar de frequentie van euthanasie, Luc Deliens, Freddy Mortier e.a., 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, Vol. 356 No. 9244, 25 november 2000.
10. Pool voert onder meer mevrouw Kees ten tonele, die in haar gesprekken met haar arts uitermate consistent is over haar wens tot euthanasie, en haar twijfel en verdriet alleen aan de verpleging laat blijken. *Vragen om te sterven*, p. 219-220 en p. 26-48.
11. Pool, *Vragen om te sterven*, p. 92-93.
12. Ronald Giphart, *Ik omhels je met duizend armen*, Podium, Amsterdam 2000, p. 281.
13. Pool, *Vragen om te sterven*, respectievelijk p. 199, p. 92 en p 174.
14. Karin Spaink, *Vallende vrouw. Autobiografie van een lichaam*, Van Gennep 1993, p. 154-155.

Wet en weten

1. Zie onder meer een onderzoek onder artsen, uitgevoerd in opdracht van door de KNMG: Bosma en Van der Wal, 'Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Kwaliteitsborging en toetsing achteraf', *Medisch Contact* 1997, p. 245-249.
2. Een anonieme huisarts in een overzichtsartikel over de problemen die huisartsen ondervinden bij de toetsing door het Openbaar Ministerie. Renée Braams, 'Als het leven een last wordt. Het woud van twijfels rond euthanasie', *NRC Handelsblad*, 20 augustus 1994.
3. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden en L. Pijnenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1991. Van der Maas en zijn team verwerkten de gegevens van 5200 sterfgevallen en hielden gedetailleerde interviews met 410 artsen. Aan het derde deel van het onderzoek werkten 322 artsen mee, die in totaal gegevens aanleverden over nog eens 2200 sterfgevallen.
4. Derek Humphrey stelt dat in de Verenigde Staten minder dan de helft van de stervenden aan apparatuur gekoppeld is. *Final Exit*, p. 3.
5. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, p.31.
6. In het onderzoek werden twee patiënten gevonden aan wie op grond van psychische stoornissen hulp bij zelfdoding was verleend. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, p. 39.

7. P.J. van der Maas en G. van der Wal, 'Letter to the editor', *The New England Journal of Medicine*, Vol. 336, No. 19, 8 mei 1997; zie http://www.nejm.org/content/1997/0336/0019/1385.asp.
8. Commissie Remmelink, *Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1991, p. 15.
9. Idem.
10. Later werd aan mensen die zich in deze situatie bevonden, derhalve gerefereerd als 'de Duizend van Remmelink'. In het hoofdstuk 'Dogma's' ga ik dieper op deze kwestie in.
11. Van der Maas e.a., *Medische beslissingen rond het levenseinde*, respectievelijk p. 68 en p. 157.
12. Paul van der Maas in een artikel over zijn onderzoek in *Medisch Contact*, 13 september 1991, p. 1073.
13. G. van der Wal en P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1996. Bij deze tweede versie werd het derde deel van het onderzoek - artsen die gedurende een halfjaar de sterfgevallen in hun praktijk rapporteerden - niet herhaald. Nieuw was dat het duo de ervaringen van de artsen met de nieuwe, in 1994 ingestelde meldingsprocedure onderzocht. Ze spraken in totaal met 410 artsen en onderzochten 6632 sterfgevallen.
14. Van der Wal en Van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde*, p. 61.
15. Idem, p. 69.

16. Idem, respectievelijk p. 84 en p.86.
17. Idem, respectievelijk p. 117 en p. 119.
18. Cijfers van het aantal meldingen en rechtszaken over 1990-1999 afkomstig uit een persbericht van het Ministerie van Justitie, 9 januari 2001. Het meldingscijfer voor 2000 is afkomstig uit het *Jaarverslag 2000 van de Regionale Toetsingscommissies*, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Den Haag 2001. Of er artsen vervolgd worden voor in 2000 verrichte handelingen is op het moment van schrijven nog niet bekend: het kan een jaar tot anderhalf jaar duren voordat Justitie een procedure instelt.
19. 'Belgische Senaat stemt over euthanasiewet', *Relevant*, nr. 1, 2001. (In het artikel zijn Senaat en parlement abusievelijk verward; de Senaat moet nog stemmen.)
20. H. Kuhse, P. Singer, P. Baume, M. Clark, M. Richard: 'End-of-life decisions in Australian medical practice', *Medical Journal Australia* 1997, Vol 166, p. 191-196; Luc Deliens, Freddy Mortier e.a.: 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, Vol. 356, No. 9244, 25 november 2000.
21. Tabel (voor de overzichtelijkheid licht bewerkt) overgenomen uit het Vlaamse onderzoek: Luc Deliens, Freddy Mortier e.a., 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, Vol. 356, No. 9244, 25 november 2000.
22. Het onderzoek werd onder auspiciën van de Archives of Internal Medicine (Washington) uitgevoerd onder artsen in San Francisco en Seattle, en stond onder

leiding van prof. Jeffrey Kohlwes. Helaas heb ik het onderzoeksrapport niet kunnen bemachtigen en moet ik me baseren op het krantenartikel 'Helft artsen VS helpt bij zelfdoding', *Het Parool*, 14 maart 2001.
23. Luc Deliens, Freddy Mortier e.a.: 'End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey', *The Lancet*, p. 1810 (mijn vertaling).
24. Ingezonden brief van Helga Kuhse ter steunbetuiging van de behandeling van de Nederlandse euthanasiewet in de Eerste Kamer, *Relevant*, nr. 2, 2001. (De vertaling van de brief heb ik licht gefatsoeneerd.)
25. Fragment uit tabel 3 van Deliens en Mortier.
26. Eugène Sutorius op een besloten bijeenkomst over vrijwillige levensbeëindiging, georganiseerd door de VVD op 9 mei 2001.

'Gematst'

1. Zie de IGZ-jaarrapportage 2000, p. 23,.
2. Uit: *Euthanasie, euthanatica en apothekers* (zonder jaar), de meest recente handleiding van de KNMP.

Een later ik

1. Mr. D. Blaas, *Levensbeëindiging bij wilsonbekwamen*, Wetenschapswinkel Rechten van de Rijksuniversiteit Utrecht, 1998. Over het verslag werd bericht in 'Doodswens vaak niet gehonoreerd', *NRC Handelsblad*, 22 oktober 1998 en 'Artsen weigeren van euthanasie

van wilsonbekwamen', *de Volkskrant*, 22 oktober 1998. Het citaat komt uit het eerstgenoemde artikel.
2. Gezamenlijke uitgave van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het Ministerie van Justitie, *Euthanasie - een bespreekbaar onderwerp*, Den Haag, 12 november 1998.
3. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, *Toelichting Nederlands euthanasiebeleid*, 9 april 2001.

Dogma's

1. Commissie Remmelink, *Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapport van de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake Euthanasie*, slotbeschouwing, p. 32-33.
2. British Medical Association, *Medical ethics today: its practice and philosophy*, 'Chapter 6: Cessation of treatment, non-resuscitation, aiding suicide and euthanasia', 1993.
3. Ben Crul, 'Lijdensweg door goed dokterschap', hoofdredactioneel commentaar in *Medisch Contact*, 16 februari 2001, p. 235. Dit hoofdredactioneel werd gepubliceerd in de week voor Van Oijens veroordeling. Ook de commissie Remmelink had eerder gesteld dat bij stervenshulp pijn- en symptoombestrijding niet meer van levensbeëindigend handelen zijn te onderscheiden. Slechts op één punt verschillen *Medisch Contact* en Remmelink met elkaar van mening: *Medisch Contact* beschouwt het verlenen van stervenshulp als natuurlijk overlijden, terwijl Remmelink ervoor pleitte ook stervenshulp in de

meldingsprocedures op te nemen; zie het rapport van de commissie Remmelink, aanbevelingen, p. 37.

4. Els Borst, in een interview door Margriet Oostveen, 'Ik kan me goed voorstellen dat artsen stervenshulp niet melden', *NRC Handelsblad*, 14 april 2001.
5. Rechtbank Amsterdam, ELRO-nummer AB0174, zaaknummer 13/127080-97. De feiten uit de eerste twee paragrafen van dit hoofdstuk zijn overgenomen uit dit vonnis.
6. Mevrouw B had echter eerder, na het zien van de IKON-documentaire *Dood op verzoek*, waaraan Van Oijen had meegewerkt, expliciet tegen Van Oijen gezegd dat zij wilde dat hij haar 'ook zo zou helpen als het zover zou komen', schreef Van Oijen mij.
7. Paul Rijksen, geciteerd in Margriet Oostveen, 'De grijze zone tussen moord en euthanasie', *NRC Handelsblad*, 22 februari 2001.
8. Wilfred van Oijen, in een interview door Margriet Oostveen, 'Ik vond het geen euthanasie', *NRC Handelsblad*, 3 maart 2001, en Ben Crul, 'Lijdensweg door goed dokterschap', *Medisch Contact*, 16 februari 2001.
9. Bernard Kouchner, geciteerd in 'Kouchner: Vrij Nederland zit fout', *de Volkskrant*, 24 juli 2001.
10. Tom Schalken, geciteerd door Margriet Oostveen, 'De grijze zone tussen moord en euthanasie', *NRC Handelsblad*, 22 februari 2001.
11. Tom Schalken, in een interview door Hans Wansink, 'Euthanasiewet is misleidend', *de Volkskrant*, 11 maart 2000.

12. Prof. dr. Karel Gill e.a., *Bijzonder verzoek betreffende strafzaak Van Oijen*, motie aan het bestuur van de NVVE, 22 maart 2001.
13. Citaat uit het Chabot-arrest van 1994, opgenomen in Violet Coterell, 'Hulp aan Brongersma "over de grens"', *Het Parool*, 25 april 2001. In het hoofdstuk 'Een zachte zelfmoord' ga ik verder in op de zaak Chabot.
14. De Haarlemse rechtbank op 30 oktober 2000, ELRO-nummer AA7926, zaaknummer 15/035127-99. De feiten uit de eerste vier alinea's zijn overgenomen uit dit vonnis.
15. Benk Korthals, geciteerd in 'Geen straf arts Brongersma', *Het Parool*, 21 april 2001.
16. Egbert Myjer in hoger beroep, geciteerd door Violet Coterell, 'Hulp aan Brongersma "over de grens"', *Het Parool*, 25 april 2001.
17. Els Borst, in een interview door Margriet Oostveen, 'Ik kan me goed voorstellen dat artsen stervenshulp niet melden', *NRC Handelsblad*, 14 april 2001.
18. Procedurele uitspraak in hoger beroep van 8 mei 2001, ELRO-nummer AB1474, zaaknummer 23-000667-01.
19. Eugène Sutorius op een besloten bijeenkomst over vrijwillige levensbeëindiging, georganiseerd door de VVD op 9 mei 2001.
20. Benk Korthals in een samenvatting van het kabinetsstandpunt na Sutorius' aanvankelijke vrijspraak, geciteerd in Frits van Veen, 'Zaak-Brongersma markeert grens', *de Volkskrant*, 23 november 2000.

21. F.P. Wibaut, 'De willekeur van het Openbaar Ministerie', *Medisch Contact*, 27 april 2001, p. 657-659.

Levensmoeheid en poortwachters

1. Philip Sutorius, geciteerd in Violet Coterell, 'Hulp aan Brongersma "over de grens"', *Het Parool*, 25 april 2001.
2. Hans van Dam in een lezing voor de KNMG Leiden, op 28 juni 2001.
3. Ronald Giphart, *Ik omhels je met duizend armen*, Podium, Amsterdam 2000, p. 278 en 288.
4. Brian Clark, *Whose Life is it anyway?*, The Dramatic Publishing Company, Chicago 1974 (mijn vertaling).
5. Uit een verkorte weergave van Drions artikel van 19 oktober 1991, herplaatst als 'Wat Drion indertijd wilde', *NRC Handelsblad*, 17 april 2001.
6. Huib Drion in een interview door Femke Deen, 'Oudere kan niet fatsoenlijk sterven', *de Volkskrant*, 17 april 2001.
7. Idem.
8. Idem.
9. James R. Rogers, Christine M. Gueulette, Jodi Abbey-Hines, Jolynn V. Carney en James L. Werth Jr., 'Rational suicide: An empirical investigation of counselor attitudes', *Journal of Counseling and Development*, Vol. 79, Issue 3, p. 365-372. Het onderzoek beschreef tevens de bevindingen van onderzoek bij andere beroepsgroepen naar de acceptatie van rationele zelfmoord: onder psychologen steunt 77 tot 86 % het idee, onder maatschappelijk

werkers 78 %. Met dank aan Ramble die me op dit artikel wees.
10. Rob Nels is gespecialiseerd in rouwverwerking en de begeleiding van dodelijk zieke mensen, en is tevens oprichter van het Amerikaanse Dying Well Network. Zijn test staat on-line op <http://www.togopeacefully.com/SCISORS.html> en is tevens opgenomen in *Death With Dignity* FAQs. *Frequently Asked Questions*, Kendall Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa 1997 (derde druk).
11. In het hoofdstuk 'De zachte zelfmoord' ga ik hier uitgebreider op in.
12. H.M. Kuitert in een interview door Frank Vermeulen, 'Het CDA ruikt hier nog rooms', *NRC Handelsblad*, 10 april 1993.
13. Idem.

De zachte zelfmoord

1. B.E. Chabot, *Zelf beschikt*, Balans, Amsterdam (zonder jaar), p. 87.
2. *Zelf beschikt*, p. 68.
3. *Zelf beschikt*, p. 74.
4. In het navolgende heb ik het uitsluitend over geestelijk en lichamelijk gezonde, capabele mensen. De term 'hulp bij zelfdoding' reserveer ik voor die gevallen waarin een arts een ernstig zieke op diens verzoek een middel geeft dat hij zelf kan innemen.
5. Artikel 294 van het Wetboek van Strafrecht stelt: 'Hij die opzettelijk een ander tot zelfmoord aanzet, hem daarbij behulpzaam is of hem de middelen daar toe

verschaft, wordt, indien de zelfmoord volgt, gestraft met een gevangenisstraf van ten hoogste drie jaren of geldboete van de vierde categorie.'

Onder 'hulp bij zelfdoding' wordt niet verstaan:

– op verzoek van iemand informatie verstrekken over een methode of dodelijke middelen;
– aanwezig zijn en morele steun verlenen als iemand zichzelf van het leven berooft.

6. In het hoofdstuk 'Dood per creditcard' beschrijf ik zo'n situatie.
7. Chabot, *Zelf beschikt*, p. 74.
8. *Zelf beschikt*, p. 80.
9. *Zelf beschikt*, p. 85-86.
10. '"Hotel" moet hulp bieden bij zelfdoding', *de Volkskrant*, 7 juli 1993; 'Humanisten bepleiten hulpbureau zelfdoding', *de Volkskrant*, 7 januari 1994.
11. Jeroen Brouwers noemt beide voorstellen in zijn boek *De versierde dood*, p. 39-40.
12. Chabot, *Zelf beschikt*, p. 88-89.
13. Cijfers afkomstig uit een item over De Einder in *Nova*, Nederland 3, 14 juli 2001.
14. Chabot, *Zelf beschikt*, p. 88. Zie tevens het interview met Chabot door Jan Tromp, 'De psychiater en de dood', *de Volkskrant*, 25 juni 1994.
15. *Zelf beschikt*, p. 57.
16. Hoge Raad, 21 juni 1994, NJ 1994/656. Zie ook: 'Hoge Raad: psychiater schuldig zonder straf', *Het Parool*, 21 juni 1994; 'Psychiater schuldig aan hulp zelfdoding. Hoge Raad: extra deskundige nodig', *NRC Handelsblad*, 21 juni 1994; en Bob Schoof, 'Hoge Raad

verruimt begrip "hulp bij zelfdoding"', *NRC Handelsblad*, 22 juni 1994.
17. Heerma van Vos, geciteerd in Jan Tromp in diens interview met Chabot, 'De psychiater en de dood', *de Volkskrant*, 25 juni 1994.
18. Chabot, *Zelf beschikt*, p. 15-16.
19. *Zelf beschikt*, p. 16-17. Netty herhaalt deze en vergelijkbare opmerkingen regelmatig tegenover Chabot.
20. *Zelf beschikt*, p. 12.
21. *Zelf beschikt*, p. 83.

.

Thisbe: informatie, internet en zelfmoord

1. Ellen de Visser, 'Website geeft uitgebreid informatie voor perfecte zelfmoord', *de Volkskrant*, 29 januari 2000.
2. 'Kamer ongelukkig met Internet-site over zelfmoord', *de Volkskrant*, 31 januari 2000.
3. Thisbe opende haar site in 1998. Begin 2001 heeft ze die gereorganiseerd en van http://huizen.dds.nl/~thisbe/ verhuisd naar http://thisbe.wox.org/. De naam van de site is ontleend aan de Griekse mythe over Pyramus en Thisbe, twee geliefden die vanwege een misverstand kort na elkaar zelfmoord pleegden.
4. Enkele berichten uit die discussie zijn nog na te lezen op http://groups.google.com/: zoek in nl.newsgroups op het subject 'nl.support.zelfmoord'.
5. Citaat van Thisbes oude pagina.

6. Otto Vos, geciteerd in 'Site over zelfmoord verbieden', *Het Parool*, 31 januari 2000 en in 'Afschuw over tips zelfmoord-pleger', *De Telegraaf*, 31 januari 2000.
7. Willie Swildens-Rozendaal, geciteerd in 'Kamer ongelukkig met Internet-site over zelfmoord', *de Volkskrant*, 31 januari 2000.
8. Clémence Ross-van Dorp, geciteerd in hetzelfde artikel.
9. 'Vragen van het lid Ross-van Dorp (CDA) aan de ministers van Justitie en Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *informatie over zelfmoord op internet*', ingezonden op 1 februari 2000. *Handelingen Tweede Kamer*, vergaderjaar 1999-2000, Staatsuitgeverij, Den Haag 2000, p. 2039-2040.
10. Korthals in zijn antwoorden aan Ross-Van Dorp, ontvangen 20 maart 2000, zie noot 9.
11. Rob Jonquière, geciteerd in 'Site over zelfmoord verbieden', *Het Parool*, 31 januari 2000.
12. Hij staat nu op http://thisbe.wox.org/ashmetho.htm. De Suicide Methods File (ook wel de Suicide FAQ genoemd) staat trouwens al sinds 1996 op mijn eigen site; geen journalist die ooit over is gevallen. Zie http://www.spaink.net/varia/suicide_methods.html. Dezelfde Suicide FAQ staat al jaren op http://ash.xanthia.com/methods.html.
13. Voorbeelden uit de Suicide Methods File, die vermoedelijk voor het eerst in 1994 is gepubliceerd en sindsdien niet is aangepast. Vertaling van mij. Merknamen zijn niet vertaald, ook al verschillen de Amerikaanse en Nederlandse betitelingen van medicijnen regelmatig.

14. De Visser geeft zulks ook toe - ze kan moeilijk anders - maar schrijft voorts: 'In Groot-Brittannië, Frankrijk en Duitsland is het verstrekken van een handleiding voor zelfmoord strafbaar.' Dat is pertinent niet waar.
15. Uit een bericht in de provinciale pers, 'Zelfdoding Brood', Utrecht/Groningen, 17 juli 2001, zonder bronvermelding aangetroffen op een nieuwsgroep.
16. Jeroen Brouwers, *De versierde dood*, p. 70-73. Overigens is het bevreemdend om *Sophie's Choice* als een romantische zelfmoordfilm bestempeld te zien. In die film is namelijk aanzienlijk meer aan de hand: hij handelt over een concentratiekamp, de onmenselijke keus die een moeder daar tussen haar twee kinderen moest maken - één mag blijven leven, de ander zal worden gedood - en de angsten en nachtmerries die zij nog jaren daarna moet doorstaan.
17. Bram Pols, 'Vooral oudere mannen plegen zelfmoord', *NRC Handelsblad*, 23 november 1993.
18. Eerder vermoedde het CDC dat er wél zoiets als imitatiezelfmoord bestond; zie daarvoor http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00031539.htm. Het recente onderzoek is. James A. Mercy e.a., 'Is Suicide Contagious? A Study of the Relation between Exposure to the Suicidal Behavior of Others and Nearly Lethal Suicide Attempts', in *American Journal of Epidemiology*, Vol. 154 (2001) No. 2, p. 120-127.
19. Brouwers, *De versierde dood*, p. 70-80.
20. Overgenomen van Thisbes oude site. Inmiddels heeft ze een nieuw forum en zijn oude bijdragen vervallen.

21. Roger Dobson, 'Internet sites may encourage suicide', *British Medical Journal*, 1999; 319:337 (7 augustus 1999).
22. Op 17 november 2000 hield de Telefonische Hulpdienst Amsterdam zijn jubileumsymposium, waar verschillende bijdragen werden gepresenteerd over het succes van contact per e-mail. De internationale (en interkerkelijke) organisatie Seelsorge meldde daar dat de contacten per mail elk jaar verdubbelen en openhartiger en diepgander zijn dan die per telefoon. Nederlandse afdelingen van de Telefonische Hulpdiensten, die thans aan het experimenteren zijn met contact per mail, meldden hetzelfde.
23. Vos in een uitzending op Radio 1, zondag 30 januari 2000; geciteerd in 'Afschuw over tips zelfmoordpleger', *De telegraaf*, 31 januari 2000.
24. E-mailcorrespondentie met Ella Arensman, 6-9 mei 2001.
25. Ella Arensman, *Attempted Suicide: Epidemology and Classification*, proefschrift Rijksuniversiteit Leiden, januari 1997. Met dank aan Arensman die me haar onderzoek toezond.

Statistiek en methodes

1. CBS Webmagazine, *Zelfmoord oorzaak 1% sterfgevallen*, 24 januari 2000.
2. CBS, *Vijfentwintig jaar zelfdoding in statistieken 1970-1994*. CBS, Den Haag 1995. De grafieken in dit hoofdstuk zijn met toestemming van het CBS overgenomen.

3. CBS Webmagazine, *Zelfmoord oorzaak 1 % sterfgevallen*, 24 januari 2000.
4. Derek Humphrey, *Final Exit*, p. 42.
5. CBS, *Tijdreeks Mens en Maatschappij: Doodsoorzaken*.
6. CBS Webmagazine, *Aantal verkeersdoden daalt gestaag*, 25 september 2000.
7. Regionale Toetsingscommissies Euthanasie, *Jaarverslag 2000*, Ministerie van VWS, mei 2001.
8. CBS Webmagazine, *Ruim 5000 doden door niet-natuurlijke oorzaak*, 12 februari 2001. Onder 'privé-ongevallen' worden ongelukken thuis begrepen: van de trap afvallen, kinderen die schoonmaakmiddelen opdrinken, mensen die uit het raam vallen, brand in huis en dergelijke. Vermoedelijk gaan onder deze groep zowel geweldplegingen als niet-herkende zelfmoorden schuil.
9. Ypsilon (Vereniging voor familieleden van mensen met schizofrenie of een psychose), *Nota over hulp bij zelfdoding schiet tekort*, Ypsilon Nieuws 50, juni 1994.
10. CBS Webmagazine, *Zelfmoord oorzaak 1 % sterfgevallen*, 24 januari 2000.
11. CBS Webmagazine, *Veel zelfmoord in grote steden*, 21 februari 2000.
12. CBS, *Zelfmoord belangrijkste doodsoorzaak bij 25- tot 40-jaringen*, PB00-013, 20 januari 2000.
13. CBS Webmagazine, *Zelfdoding oorzaak 1% van sterfgevallen*, 24 januari 2000.
14. National Institute of Mental Health (NIMH), *Suicide Facts*.
15. Antoon A. Leenaars, *Suicide: A Multidimensional Malaise*; mijn vertaling.

16. 'Zelfmoord boeren als gevolg MKZ', *Het Parool*, 16 juli 2001.
17. Antoon Leenaars, *Suicide Notes. Predictive Clues and Patterns*, Human Sciences Presss, New York 1988.
18. Mark Etkin, *…Or Not to Be. A Collection of Suicide Notes*, Riverhead Books, New York 1997, p. 13-15, en in D.J. Enright, 'Where there's life', *Times Literary Supplement*, 18 mei 2001, een bespreking van Kay Redfield Jamison: *Night falls fast. Understanding suicide*, Vintage Books, New York 2000.
19. CBS Statline.
20. Cijfers samengesteld uit overzichten van het Nationaal Instituut voor de Statistiek, de Belgische pendant van het CBS. Zie het overzicht *Gezondheidstoestand: Doodsoorzaken, per geslacht - absolute aantallen (1992-1995*.
21. Etkin, *…Or not to be*, p. 97.
22. Humphrey, *Final Exit*, p. 46.
23. Met dank aan Flóra Felsö voor deze informatie.
24. John L. McIntosh, Ph.D., *USA Suicide: 1998 Official Final Statistics. Factsheet prepared for the American Association of Suicidolog*.
25. Overzicht van recent onderzoek van het CBS naar zelfmoordmethodes, Bram Pols, 'Vooral oudere mannen plegen zelfmoord', *NRC Handelsblad*, 23 november 1993.
26. Zie ook het hoofdstuk 'Dood per creditcard'.
27. The National Institute for Psychosocial Medicine / Department of Public Health Sciences, Karolinska Institutet: *Suicide Research and Prevention*, herfst 1999.
28. Kamervragen van 17 maart 2000, antwoord op 8 mei 2000; Belgische kamer van volksvertegenwoordigers,

Schriftelijke vragen en antwoorden 8-05-2000, p. 3406-3409. Met dank aan Mike Gormez die me hierop wees.
29. NIMH, *Suicide Facts*, zie www.nimh.nih.gov.
30. K. Hawton, E. Arensman, E. Townsend, *Deliberate self-harm: the efficacy of psychosocial and pharmacological treatments*, Cochrane Library, 1998 Issue 2.
31. Geo Stone: *Suicide Facts: Studying Suicide, Sociology, Psychiatry, And Biology*.

Ontmoetingsplaatsen

1. Vine op 3 juni 2001 in ash; vertaling – zoals in alle navolgende fragmenten – van mij.
2. Cali op 16 mei 2001 in ash.
3. Ash wordt wel afgeschilderd als een plaats waar mensen rondhangen, wachtend tot ze klaar zijn voor hun laatste reis. Onderwijl verpozen ze zich met wat gepraat. Zie http://ash.xanthia.com/ashbus.htm.
4. Kit op 30 juli 2001 in ash.
5. Susan op 1 augustus 2001 in ash.
6. Met dank aan Branko Lankester, die me cijfers gaf over het berichtverkeer van deze nieuwsgroepen.

Dood per creditcard

1. Joeri Boom en Levi Emmerik: 'Onbeperkt slikken', in *De Groene Amsterdammer*, 25 september 1996.
2. Onder meer te vinden op http://www.spaink.net/varia/suicide_methods.html, http://thisbe.wox.org/ashmetho.htm en http://ash.xanthia.com/nazgmethods.html.

3. ConsuMed is een Nederlandstalige website met informatie over geneesmiddelen, bedoeld voor patiënten, en biedt een gerubriceerd overzicht van gangbare bijsluiters.
4. http://www.gent.be/gent/gezondhe/drugprev/slaap.htm en http://www.rijkswacht.be/rw/drugs/drugs4_1.htm.
5. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202081.
6. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202081.
7. http://my.webmd.com/content/asset/adam_poison_secobarbital_overdose.
8. http://212.61.17.198/repertorium/, zoek op vesparax.
9. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202081.
10. http://my.webmd.com/content/asset/adam_poison_nembutal_overdose.
11. '73 % van de patiënten stierf binnen 5 uur na toediening van het middel en bij 60 % trad de dood binnen het uur in. In enkele gevallen duurde het echter meer dan 5 uur voordat de patiënt overleed en in één geval was de patiënt zelfs na 24 uur nog in leven.' Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, *Administration and compounding of euthanasic agents* (Toediening en samenstelling van euthanathica), zie de paragraaf 'Discussion'. http://www.wweek.com/html/euthanasics.html.
12. Thisbe, op http://thisbe.wox.org/methodes.php#braakpil.
13. In de paragraaf 'Dispensing directions', zie http://www.wweek.com/html/euthanasics.html.

14. Propyleenglycol (10-20 %) is een oplosmiddel dat tot de zogeheten 'penetratiebevorderende middelen' behoort: het bevordert de opname van de werkzame stof. Het is in Nederland niet bij de apotheek te koop.
15. Humphrey, *Final Exit*, p. 123-128.
16. http://www.webrx.com, zoek op seconal..
17. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202390. Darvon-N is een zwakkere variant en werkt bovendien met vertraagde afgifte; het wordt derhalve afgeraden als zelfmoordmiddel.
18. http://my.webmd.com/content/asset/adam_poison_propoxyphene_overdose.
19. http://212.61.17.198/repertorium/, zoek op depronal.
20. Wie wil nagaan hoe verschillende medicijnen elkaar beïnvloeden, is het beste af op Drugchecker: http://www.drugchecker.com/apps/drugchecker/DrugMain. Wie specifiek naar de effecten van overdoses wil zoeken, vindt bij ThriveOnline lange alfabetische lijsten van medicijnen en andere stoffen: http://web.health.aol.thriveonline.oxygen.com/medical/library/poisons.html.
21. In de paragraaf 'Recommendations in 1987', zie http://www.wweek.com/html/euthanasics.html.
22. Voor elke vijf jaar dat een medicijn de houdbaarheidsdatum is gepasseerd, dien je de dosis met tien procent verhogen. De medicijnen kunnen het best worden bewaard in de oorspronkelijke verpakking, op kamertemperatuur, op een droge, donkere plek (liever niet in de badkamer, vanwege de vochtigheid).

23. http://www.apotheke.uni-wuerzburg.de/develin.pdf.
24. 'Verordnung zur Änderung der Verordnung über unwirtschaftliche Arzneimittel in der gesetzlichen Krankenversicherung', overheidspublicatie van 2 december 2000.
25. Om de transactie ontraceerbaar te maken.
26. http://www.consumed.nl/bestand/k/kaliumchlorideinf/10.htm.
27. http://212.61.17.198/repertorium/, zoek op slow k-600.
28. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202473.
29. http://my.webmd.com/content/asset/adam_disease_renal_failure#complications en http://my.webmd.com/content/asset/adam_disease_hyperkalemia.
30. http://www.wweek.com/html/euthanasics.html, zie 'Old recommendations - other agents'. In een uitspraak van de rechtbank te Arnhem op 18 september 1997 (ELRO-nummer AA3796 , zaaknummer 109.898) is sprake van een arts die 40 mmol kaliumchloride heeft gebruikt om euthanasie te verrichten.
31. http://www.consumed.nl/bestand/n/nivaquine/06.htm.
32. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202133.
33. http://212.61.17.198/repertorium/, zoek op nivaquine.
34. Humphrey, *Final Exit*, p. 149.
35. http://my.webmd.com/content/asset/uspdi.202288 en http://212.61.17.198/repertorium/, zoek op plaquenil.

Ik, zei de gek

1. Jaren later heb ik een kort verhaal geschreven over het ontstaan van zo'n binnen- en buitenleven en de ruzie die beide kunnen gaan voeren: 'De hoek van inval', verschenen in *Stokken en stenen*, Van Gennep, Amsterdam 1993.
2. Over die keuzes heb ik eerder geschreven in *Vallende vrouw. Autobiografie van een lichaam*, Van Gennep, Amsterdam 1994, met name in het hoofdstuk 'Aardbevingen in Limburg'.
3. E.M. Cioran, *Bittere syllogismen*, De Arbeiderspers, Amsterdam/Antwerpen 1993, p. 75.
4. Patricia de Martelaere, 'De levenskunstenaar. Naar een esthetica van de zelfmoord', verschenen in *Een verlangen naar ontroostbaarheid. Over leven, kunst en dood*, Meulenhoff/Kritak, Amsterdam/Leuven 1993, p. 94 en p. 95.

Literatuur

Ella Arensman, *Attempted suicide: epidemiology and classification*, proefschrift, Rijksuniversiteit Leiden 1997.

Jeroen Brouwers, *De versierde dood*, Pandora/Contact, Amsterdam 1994 (tweede, herziene uitgave).

Ch.J. Enschedé, *De arts en de Dood. Sterven en Recht. Opstellen over toekomstig euthanasiebeleid,* Kluwer, Deventer 1985.

B.E. Chabot, *Zelf beschikt*, Balans, Amsterdam z.j.

Mark Etkind, *...Or not to be. A collection of suicide notes*, Riverhead Books, New York 1997.

Derek Humphrey, *Final Exit. The practicalities of self-deliverance and assisted suicide for the dying*, Dell Trade Paperback, New York 1996 (tweede druk); *Waardig sterven. Praktische aspecten van euthanasie en (hulp bij) zelfdoding*, Mets, Amsterdam 1992.

P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden en L. Pijenborg, *Medische beslissingen rond het levenseinde*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1991.

Robert Pool, *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederland ziekenhuis,* WYT Uitgeefgroep, Den Haag 1996.

Geo Stone, *Suicide and attempted suicide: methods and consequences*, Carroll & Graf, New York 1999.

G. van der Wal en P.J. van der Maas, *Euthanasie en andere medische beslissingen rond het levenseinde. De praktijk en de meldingsprocedure*, Staatsuitgeverij, Den Haag 1996.

Web

The alt.suicide.holiday (ASH) Website:
http://ash.xanthia.com/

The American Association of Suicidology:
http://www.suicidology.org/

Euthanasia and assisted suicide:
http://www.religioustolerance.org/euthanas.htm

Geo Stone's webpages:
http://members.delphi.com/geostone/web/index.html

Frank van Tubergen, Zelfmoord in Nederland:
http://home.conceptsfa.nl/~fvt1/Index.htm

The Methods File (Suicide faq):
http://ash.xanthia.com/methods.html,
http://thisbe.wox.org/ashmetho.htm en
http://www.spaink.net/varia/suicide_methods.html.

Dank en verantwoording

In dit boek heb ik gemeend een aantal persoonlijke verhalen op te moeten nemen. Ten eerste komen juist in gedetailleerde verhalen allerlei facetten aan het licht die in een essay noodzakelijkerwijs bijgevijld moeten worden. In een zoekend betoog worden ze tot stellingen, vermoedens en motieven omgewerkt en wordt de emotionele betekenis die ze voor de betrokkenen hebben, op het niveau van het argument gebracht. Ik wil die gevoelsmatige lading niet zomaar neutraliseren, en in deze verhalen blijven ze bewaard. Ten tweede maken verhalen de conflicten rond euthanasie en zelfmoord meer zichtbaar dan een betogend artikel vermag: zodra het om echte mensen gaat, botsen belangen zichtbaar en verliezen ze hun abstractie en vrijblijvendheid. Ten derde laat mijn levensverhaal zien tegen welke achtergrond ik tot mijn stellingnames ben gekomen. En ten vierde vanwege een belangrijk schrijverspricipe: *show, don't tell*. Ik sta derhalve diep in het krijt bij de twee vriendinnen die mij toestonden hun verhaal in dit boek op te nemen: zij geven mijn tekst een lichaam.

Zoals altijd ben ik dank verschuldigd aan mijn twee vaste meelezers en persoonlijke critici: Liesbeth Garritsen en Antoine Verbij. Beiden hebben me deze keer meer dan anders geholpen. Hans van Dam wil ik mijn dank betuigen voor zijn aanhoudende stroom van ideeën, kritiek, commentaar, verfijningen, tips en aanmoedigingen. Voorts

gaat mijn hart uit naar de mensen van ash, de groep over zelfmoord die ik al sinds 1995 frequenteer. Ik heb er veel verdriet en wanhoop aangetroffen, maar heb er ook immens veel geleerd – onder andere hoe je níet over zelfmoord moet spreken, en dat zwijgen erover het allerergste is. Het CBS wil ik bedanken voor de tabellen die ik van hen mocht overnemen. Voorts hebben allerlei vrienden en kennissen in de afgelopen maanden artikelen en informatie aangedragen; zij worden bij de desbetreffende bronnen genoemd. En tenslotte mijn lief, Zenon Panoussis, die er bijwijlen in slaagde om mijn ideeën op de kop te zetten juist als ik weer een nieuw hoofdstuk af had. You bastard ;)

♦

Delen uit het hoodstuk *Een later ik* zijn afkomstig uit een column die op 26 november 1998 onder de titel 'Euthanasie en wilsbekwaamheid' in *Het Parool* is verschenen. Het deel over Wilfred van Oijen in het hoofdstuk *Dogma's* is een bewerking van een column die op 3 april 2001 in *Het Parool* verscheen, onder de titel 'Stervenshulp en dogma's'. Passages uit het hoofdstuk *Levensmoe* zijn afkomstig uit de column 'De blik van de dader', die in *Het Parool* van 3 juli 2001 werd gepubliceerd. Een van de mensen voor en over wie ik die column schreef, Chris, is de dag na publicatie eindelijk in zijn zelfmoord geslaagd. Hij had het al acht jaar lang geprobeerd. Het deel over Chabot in het hoofdstuk *De zachte zelfmoord* is een bewerking van een artikel dat onder de titel 'De dood is zelden zacht' op 19 april 1995 in *De Groene Amsterdammer* is

verschenen. Deze versie is op punten aanzienlijk milder, en tegelijkertijd is mijn hoofdvraag - wat zijn de consequenties van de vraag naar en het aanbieden van hulp bij zelfmoord - scherper gesteld. De opmerkingen over imitatiezelfmoord tenslotte zijn in iets andere vorm eerder gepubliceerd als 'Over een lijk' in *Het Parool* van 17 juli 2001.