



(Alleen de uitgesproken tekst geldt)

**VOorzittersrede JAARVERGADERING VERENIGING VOOR GEZONDHEIDSRECHT
11 april 2003**

ZELFBESCHIKKING ROND HET LEVENSEINDE

Prof. mr. J.K.M. Gevers¹

Zoals bekend is eind vorig jaar Henk Leenen, erevoorzitter van onze vereniging, overleden. Hierbij wil ik ter gelegenheid van deze jaarvergadering graag stilstaan, en wel door deze jaarrede te wijden aan een thema dat in zijn werk centraal heeft gestaan. Er zijn meerdere onderwerpen die daarvoor in aanmerking komen, maar als er een onderwerp is geweest waarbij hij persoonlijk maximaal betrokken was en waar zijn werk tegelijk een betekenis heeft die ver over de landsgrenzen reikt, dat is het wel dat van beslissingen rond het levenseinde. Wat ik mij voorneem te doen is kort zijn betekenis voor dat thema schetsen, om vervolgens - en in het verlengde daarvan - op enkele recente ontwikkelingen in te gaan. Ter afsluiting zal ik dan aangeven hoe het bestuur van de vereniging Henk Leenen wil blijven herdenken.

Er zijn verschillende medische beslissingen die het levenseinde kunnen bespoedigen. Een van de meest voorkomende daarvan is het afzien of staken van levensverlengend handelen. Leenen heeft aan de normering daarvan belangrijk bijgedragen door ontwikkeling van het criterium van medische zinloosheid, dat in rechtspraak, richtlijnen en literatuur een grote rol is gaan spelen. Beslissingen als het staken van een het leven ondersteunende interventie heeft hij niettemin lange tijd als een van de 'schijn gestalten' van euthanasie geassocieerd. Dat geeft al aan wat hij als het meest centrale vraagstuk beschouwde; dat van de legitimatie en regulering van actieve levensbeëindiging op verzoek. In zijn korte autobiografie² doet hij uitvoerig verslag van zijn worsteling met dat onderwerp. "Mijn theorie over het zelfbeschikkingsrecht en de consistentie-eis dreven mij rechtstreeks tot de vraag waarom de mens niet over zijn eigen levenseinde zou mogen beschikken", zo schrijft hij. "Leidden theorie en logica tot de aanvaarding van de mogelijkheid van levensbeëindiging op verzoek, mijn irrationele weerstand verhinderde me om de lijnen goed te trekken en formuleringen te vinden. Er zijn in die zonnige zomer van 1976 heel wat conceptteksten verscheurd en wanhopig de tuin in gesmeten (...). Op een gegeven moment echter brak mijn emotionele weerstand en overwon het intellect. Toen pas kon ik (...) de toelaatbaarheid en voorwaarden uitschrijven."

Een en ander resulteerde in baanbrekende beschouwingen over euthanasie in zijn boek *Rechten van mensen in de gezondheidszorg* (1978). Zo schrijft hij: "Schrijver dezes is voorstander van het toelaten van euthanasie op verzoek van betrokkene, en zonder de beperking tot de stervensfase of ongeneeslijke ziekte of ondraaglijk lijden. Ook bijvoorbeeld een hoogbejaarde die zijn levenspartner verliest, moet zijn leven kunnen

¹ J.K.M. Gevers is hoogleraar gezondheidsrecht aan het AMC/Universiteit van Amsterdam; dit is de tekst van de rede uitgesproken als scheidend voorzitter van de Vereniging voor Gezondheidsrecht ter gelegenheid van de jaarvergadering op 15 april 2005.

² H.J.J. Leenen, *Met het oog op gezondheidszorg en recht*, Bohn Stafleu Van Loghum 2000, p. 75-87

beëindigen.”³ Die positie, die ook heden ten dage nog radicaal te noemen is, heeft hij eigenlijk nooit verlaten maar wel sterk genuanceerd. Zo meende hij later, dat het feit dat het bij euthanasie om levensbeëindiging door een ander gaat, om een verdere rechtvaardiging vraagt dan alleen verwijzing naar zelfbeschikking. Die ander zou slechts tot levensbeëindiging over kunnen gaan als ook sprake is van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat betekende niet dat hij het recht op een zachte dood voor mensen met ontbrekend levensperspectief zonder meer verwierp. Daarvoor zag hij echter een regeling van geheel andere aard voor zich.

Ik laat nu Leenen's verdere activiteiten op dit terrein, zoals zijn lidmaatschap van de Staatscommissie euthanasie (1985), buiten beschouwing, en wijs op de vergaande betekenis van zijn pionierswerk voor de rechtsontwikkeling in ons land en voor de discussie op internationaal niveau.⁴ Zijn analyses kwamen als geroepen in een tijd waarin emanciperende burgers het in toenemende mate als onaanvaardbaar zagen dat men zo weinig invloed had op het eigen levenseinde, ook in een uitzichtloze situatie. Zijn beschouwingen zijn het juridische fundament geworden voor het verdere denken over euthanasie en hulp bij zelfdoding door patiënten- en artsenorganisaties, de rechter en tenslotte de wetgever.⁵ Leenen's werk staat daarbij model voor de vraag, hoe zelfbeschikking in balans kan worden gebracht met andere juridische, medische en maatschappelijke overwegingen. Een evenwicht dat overigens steeds opnieuw ter discussie kan komen te staan.

Dit laatste brengt mij bij een aantal actuele ontwikkelingen. Eerst plaats ik enkele kanttekeningen bij het functioneren van de huidige wet, die overigens in eerste ontwerp door Leenen geschreven is. Dan aandacht voor twee onderwerpen die niet door die wetgeving bestreken worden maar wel van belang zijn als het gaat om zelfbeschikking rond het levenseinde: de juridische plaatsbepaling van zgn. terminale sedatie en het toekomstperspectief van een regeling voor hulp bij zelfdoding van mensen die niet lijden aan een ernstige ziekte.

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is nu ruim een jaar in werking. Doel was opnemng van een strafuitsluitingsgrond in het Wetboek van Strafrecht voor de arts die met in achtneming van de wettelijke zorgvuldigheidseisen levensbeëindiging op verzoek toepast of hulp bij zelfdoding verleent. Daartoe werd tevens de reeds bestaande melding- en toetsingsprocedure met enige aanpassingen wettelijk vastgelegd.

Het over enkele weken te verschijnen verslag van de derde grote landelijke studie naar euthanasie en andere beslissingen rond het levenseinde⁶ zal waarschijnlijk nader inzicht bieden in de wijze waarop de wet functioneert. Ook los daarvan zijn er echter kanttekeningen te plaatsen bij de wet en haar toepassing.

In de eerste plaats betreft dat de melding- en toetsingsprocedure.⁷ Bij lezing van de recente jaarverslagen van de regionale toetsingscommissies valt op dat het aantal meldingen in absolute getallen langzaam terugloopt. Tegelijkertijd blijkt dat van de jaarlijks ruim 2000 gemelde en getoetste gevallen er slechts enkele onzorgvuldig worden beoordeeld. Een en ander roept de vraag op of de meldingsprocedure zijn doelstellingen wel bereikt:

³ H.J.J. Leenen, *Rechten van mensen in de gezondheidszorg*, Samsom 1978, p.235

⁴ Zie het Obituary Henk Leenen in *The Lancet* van 22 maart 2003

⁵ C. Kelk, *Nieuwe contouren van toelaatbare euthanasie*, TvGR 2001 (speciaal nummer Henk Leenen 25 jaar hoofdredacteur), p.67

⁶ O.l.v. P.J. van der Maas en G. van der Wal; de resultaten van de eerste studie verschenen in 1991, van de tweede in 1996

⁷ Zie hierover uitvoerig: G.A. den Hartogh, *Regulering van euthanasie en hulp bij zelfdoding: hoe succesvol is het Nederlandse model*, TvGR 2002, p.232-250

van (volledige) transparantie en maatschappelijke controle is nog lang geen sprake; kwaliteitsverbetering vindt met name plaats bij gevallen waaraan kennelijk geen wezenlijke bezwaren kleven, en niet bij het 'dark number' van niet-gemelde gevallen waarbij mogelijk meer problemen spelen. Is verbetering op dit onderdeel mogelijk? Voorzover de gekozen wettelijke benadering voor verbetering ruimte laat, zal die waarschijnlijk vooral moeten komen van betere en intensievere consultatie vooraf, zoals beoogd door het SCEN-project. De wetgever zelf kan echter ook een bijdrage leveren. Ik wijs hier op de anomalie - recentelijk nog met klem onder de aandacht gebracht in een brief van een aantal organisaties waaronder de KNMG⁸ - dat sommige gevallen van levensbeëindiging op verzoek (lijden van psychische oorsprong; gevallen waarin het vermogen tot het uiten van een weloverwogen verzoek gestoord kan zijn geweest) niet door de regionale toetsingscommissies maar rechtstreeks door het Openbaar Ministerie worden beoordeeld. Aldus worden deze gevallen ten onrechte bij voorbaat behandeld als levensbeëindiging zonder verzoek, hetgeen ook de meldingsbereidheid geen goed zal doen.⁹ In genoemde brief wordt overigens ook gewezen op het nog steeds ontbreken van een melding- en toetsingsprocedure voor levensbeëindigend handelen zonder verzoek.

Oorspronkelijk zou hiervoor een centrale (landelijke) toetsingscommissie worden ingesteld, maar onlangs heeft de Staatssecretaris van VWS laten weten de voorkeur te blijven geven aan rechtstreekse beoordeling door justitie.¹⁰ Het is te hopen dat een nieuw kabinet tot een ander inzicht komt. Een geëigende toetsingsprocedure zal waarschijnlijk niet alleen beter zicht bieden op de praktijk, maar ook bij kunnen dragen aan (verdere) ontwikkeling van richtlijnen voor levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame mensen, die nu node worden gemist.¹¹ Ten slotte kan zij helpen voorkomen dat artsen die in uiterst moeilijke situaties de beste beslissing voor de patiënt nemen, nodeloos worden blootgesteld aan een strafproces.¹²

Zeer belangrijk voor de uitleg en toepassing van de wet is uiteraard het recente arrest van de Hoge Raad in de zaak Brongersma.¹³ De essentie van die uitspraak is - zoals bekend - dat de arts alleen dan kan verwachten straffeloos te blijven als aan het lijden van de patiënt een medisch classificeerbare somatische of psychische aandoening ten grondslag ligt. De suggestie gewekt in de zaak Chabot¹⁴ dat de oorzaak van het lijden er niet toe zou doen, is daarmee teruggenomen. Al kan men over de uitspraak van de Hoge Raad verschillend denken, duidelijk is zij wel: door het arrest is hoe dan ook een grens gesteld aan wat de patiënt rond het levenseinde van de arts kan vragen. Die grens is ook in overeenstemming met uitspraken van de verantwoordelijke bewindslieden bij de behandeling van de euthanasiewetgeving in de Tweede Kamer.

Ten aanzien van die grens zijn echter ook een aantal problemen te signaleren. Het arrest kan doen denken, dat lijden dat direct gerelateerd kan worden aan een ernstige ziekte wel naar objectieve medische maatstaven te beoordelen is. Dat lijkt mij echter niet juist: ook dan kan (en zal in veel gevallen) het 'ondraaglijk en uitzichtloos lijden' overwegend van existentiële aard zijn en gekoppeld aan vragen van zingeving die de patiënt allereerst

⁸ Aanpassing meldingsprocedures levensbeëindigend handelen (gezamenlijke brief van KNMG, NVK, NVvP, GGZ Nederland, NVVE en Stichting PVP aan de ministers van Justitie en VWS), Med. Contact 2003, p.152

⁹ Zie hierover reeds: J. Legemaate, Euthanasie: nog meer paradoxen? NJB 1997, p.2062-2063

¹⁰ De Volkskrant 8 maart 2003 (in: "Loslaten uit liefde", een artikel over dilemma's in de neonatologie)

¹¹ Ook Leenen heeft hiervoor gepleit; zie zijn Levensbeëindiging zonder verzoek, Med. Contact 2001, p.775-777.

¹² C.Kelk, o.c., p.69

¹³ HR 24 december 2002, TvGR 2003/ ... (met nt. T.M.Schalken)

¹⁴ HR 21 juni 1994, NJ 1994, 656

persoonlijk moet beantwoorden.¹⁵ In de tweede plaats zal soms uiterst moeilijk te bepalen zijn of sprake is van een 'medisch classificeerbare ziekte'. Kan men in de zaak Brongersma wellicht nog stellen dat medische problemen geen hoofdrol speelden, in een casus als die in de zaak Chabot is dat waarschijnlijk heel moeilijk uit te maken. Verder kan de gekozen benadering er ook toe bijdragen, dat artsen om de melding en toetsing te omzeilen het ziektebegrip 'strategisch' gaan hanteren, d.w.z. het belang van de ziekte of aandoening als oorzaak van het lijden zullen benadrukken, of in geval van twijfel die oorzaak als ziekte zullen duiden.¹⁶

Nog een laatste opmerking over de wet. Die bepaalt in art.2 lid 2 dat een eerder opgestelde schriftelijke verklaring bij een wilsonbekwame patiënt als verzoek kan gelden; de zorgvuldigheidseisen genoemd in lid 1 zijn dan van overeenkomstige toepassing. Dat lijkt een flinke tegemoetkoming aan degenen die meer invloed op beslissingen rond het eigen levenseinde wensen, maar de vraag is hoe de zorgvuldigheidseisen moeten worden toegepast als geen overleg met de patiënt meer mogelijk is.¹⁷ En hoe kan aan de eis van ondraaglijk lijden zijn voldaan, als de patiënt niet meer bij bewustzijn is? Die vraag rijst ook als sprake is van dementie in een vergevorderd stadium. In een recent advies wijst de Gezondheidsraad er op, dat men dan van een eerder opgestelde euthanasieverklaring weinig mag verwachten (tenzij sprake zou zijn van andere, bijkomende medische problemen).¹⁸ Mijn conclusie is dat met de schriftelijke wilsverklaring in de wet meer verwachtingen worden gewekt dan kunnen worden vervuld. Zij past eigenlijk niet in een wet waarin aan zelfbeschikking bij actieve levensbeëindiging slechts binnen nauwe grenzen doorslaggevende betekenis toekomt.

De medische beslissingen die het levenseinde beïnvloeden zijn meestal andere dan euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ik noemde al het staken of niet instellen van een levensverlengende behandeling. Een andere is pijnbestrijding met mogelijk levensverkortend effect. In verband met dit laatste wil ik wijzen op een praktijk die in toenemende mate lijkt voor te komen, zonder dat daaraan uit juridisch oogpunt de nodige aandacht is besteed, nl. van terminale sedatie.¹⁹ Daaronder wordt verstaan: het tot stand brengen van een toestand van diepe slaap bij een patiënt met een korte levensverwachting²⁰ Doel is het lijden te verlichten wanneer andere mogelijkheden daartoe zijn uitgeput, en niet het leven te bekorten. In het kader van diepe sedatie rijst echter de vraag of de patiënt kunstmatig voeding en vocht moet worden toegediend. Daarvan wordt in de praktijk bijna altijd afgezien. Meestal is de patiënt overigens zelf al eerder gestopt met eten en drinken.²¹

Het niet toedienen van vocht (dehydratie) kan een levensverkortend effect hebben. Dat hoeft echter niet het geval te zijn, met name als de patiënt vanwege zijn slechte prognose toch al op zeer korte termijn zal overlijden.²² Vooral vanwege die onthouding van vocht (die niet inherent is aan diepe sedatie maar daar doorgaans wel mee samengaat) is terminale sedatie controversieel. Zo is in de internationale discussie over deze praktijk de

¹⁵ In deze zin bv. de huisarts Mensing van Charante op de opiniepagina van NRC/Handelsblad 30 december 2002

¹⁶ T.M.Schalken in zijn voetnoot bij het arrest in TvGR

¹⁷ G.A.den Hartogh, Een wilsverklaring is niet genoeg, NJB 1999, p.1919-1924

¹⁸ Dementie, Advies Gezondheidsraad, Den Haag 2002

¹⁹ Dat kreeg recentelijk ook aandacht in de televisierubriek Reporter van 27 februari j.l., hetgeen onmiddellijk tot kamervragen leidde.

²⁰ R.Janssens, D.Willems, Ethische vragen in de palliatieve zorg, Bohn Stafleu Van Loghum 2001

²¹ Vergelijk E.Verhagen e.a., Sedatie in de laatste levensfase, NTvG 1999, p.2601-2603: "Patiënten die voor diepe sedatie in aanmerking komen, zijn al zo ziek dat zij zeker niets meer eten en vaak vrijwel niet meer drinken. Het al dan niet sederen verandert weinig aan deze situatie."

²² Zie R.Janssens e.a. Controversen rondom terminale sedatie, T. voor geneeskunde en ethiek, 2002, p.79-83

vraag gesteld of hier in feite toch geen actieve levensbeëindiging plaatsvindt, zij het dan in de vorm van 'slow euthanasia' of 'backdoor euthanasia'²³; sprekend met Leenen kan de vraag worden gesteld of hier niet van een 'schijnfiguur van euthanasie' sprake is.

Diepe sedatie kan als uiterste middel medisch geïndiceerd zijn. Dat het met zich brengt dat de patiënt niet meer spontaan kan drinken, kan een in omstandigheden gerechtvaardigd, d.w.z. niet disproportioneel neveneffect zijn, ook al zou het betekenen dat de patiënt mogelijk eerder overlijdt. Wel is zonder meer aangewezen, dat een zo verstrekkende palliatieve maatregel met de aanspreekbare patiënt (of anders diens naasten) besproken wordt. De geïnformeerde, wilsbekwame patiënt kan kunstmatige vochttoediening weigeren. In andere gevallen (bij wilsonbekwaamheid) kunnen er medische gronden zijn van kunstmatige hydratatie af te zien. In de laatste uren of dagen van het leven is daarvan blijkens de literatuur al gauw sprake.²⁴

Zo bezien behoeft terminale sedatie uit juridisch oogpunt niet op principiële problemen te stuiten en is voor gelijkstelling met actieve levensbeëindiging geen aanleiding. Hierbij passen echter twee kanttekeningen.

Allereerst dient het onthouden van vocht niet als een vanzelfsprekend onderdeel van diepe sedatie te worden gezien, dat geen verdere rechtvaardiging behoeft.²⁵ Als dehydratie niet berust op hetzij de uitdrukkelijke wens van de patiënt, hetzij op het feit dat het naar heersend medisch inzicht als zinloos mag worden beschouwd, is sprake van een ongerechtvaardigde levensbekortende beslissing, of althans een beslissing waarbij de mogelijkheid van levensbekorting ten onrechte voor lief wordt genomen. De tweede opmerking is dat bij terminale sedatie sprake is van een uiterste maatregel die al snel ligt in het grijze gebied van wat nog wel en wat niet meer als verantwoord medisch handelen kan gelden. Het moge dan in principe om beslissingen gaan die medisch-professioneel te verantwoorden zijn, er zijn toch ook fundamentele menselijke waarden in het geding en men kan moeilijk stellen dat een en ander de samenleving niet aangaat.²⁶ Dat betekent dat heldere, gezaghebbende richtlijnen nodig zijn (zo nodig ook voorzien van procedurele waarborgen zoals verplichte consultatie), niet alleen als duidelijk richtsnoer voor de praktijk, maar ook om er voor te zorgen dat die praktijk toetsbaar is en transparant voor de samenleving.²⁷

Ik keer tenslotte terug naar mensen die niet of nog niet ondraaglijk lijden aan een medisch classificeerbare ziekte, maar wel gebukt gaan onder een leven dat zij niet langer wensen en dat zij zelf als ondraaglijk en uitzichtloos ervaren. Te denken valt dan bijvoorbeeld aan hoogbejaarde mensen die, mede vanwege medische klachten en gebreken van het leven afscheid willen nemen, of mensen bij wie de eerste verschijnselen van dementie zijn vastgesteld en die niet willen dat hun leven op een door hen als zeer ontluisterend beschouwde wijze zal eindigen. Uit deze twee voorbeelden blijkt overigens dat het hier

²³ Zie bv. de beschouwing van D.Orentlicher in NEJM 1997, p.1236-1239, en de kritische reacties daarop van Tonelli en Lynn NEJM 1998, 1230-1231 (met antwoord Orentlicher)

²⁴ Vergelijk Verhagen e.a., o.c. "Kunstmatige hydratatie van terminale geseedeerde patiënten kan in het licht van de palliatieve geneeskunde in de meeste gevallen als zinloos worden beschouwd omdat dit geen bijdrage levert aan palliatie en omdat verlenging van het leven bij iemand die stervende is slechts in uitzonderlijke omstandigheden nastrevenswaardig is."

²⁵ In deze zin ook B.Broeckaert, J.M.Nunez Olarte, Sedation in palliative care: facts and concepts, in: H.ten Have, D.Clark (ed.), The ethics of palliative care; European perspectives, Open University Press 2002, p.166-180

²⁶ Hier is een parallel met de maatschappelijke onrust rond de praktijk van versterven in verpleeghuizen; zie Leenen/Gevers, Handboek gezondheidsrecht, Deel I, Bohn Stafleu Van Loghum 2000, p.368-369

²⁷ Daarvoor pleit ook R.McStay, Terminal sedation: palliative care for intractable pain, Am.Jnl.Law and Med. 29 (2003) 45-76

om heel verschillende gevallen kan gaan. Wat die gevallen gemeen hebben is dat inmiddels duidelijk is dat naar huidig recht hulp bij zelfdoding door een arts niet is toegestaan, omdat niet wordt voldaan aan het criterium van uitzichtloos en ondraaglijk lijden, ook al handelt die arts in alle andere opzichten zorgvuldig.

Zou men daarvoor wel ooit ruimte willen scheppen, dat zou men de huidige wet alsnog ruimer uit kunnen leggen. Op zichzelf verzet de letter van de wet zich daar niet tegen, en gewijzigde maatschappelijke omstandigheden (vooral: verdere ontwikkeling van de opvattingen terzake in de samenleving) zouden dat ook kunnen rechtvaardigen. Een belangrijk voordeel daarvan zou zijn, dat hulp bij zelfdoding ook in dergelijke gevallen plaats zou kunnen vinden met betrokkenheid van artsen (voorzover zij daartoe bereid zijn) en met de huidige waarborgen in termen van melding en toetsing.

Het alternatief is dat er (verondersteld dat daaraan een dringende maatschappelijke behoefte bestaat en er een voldoende politiek draagvlak is) een geheel andere regeling zou komen. Volgens Leenen zou een dergelijke regeling alleen op hulp bij zelfdoding betrekking kunnen hebben. Verder zou het zwaartepunt (niet alleen in de legitimatie, maar ook in de vormgeving) moeten liggen bij de zelfbeschikking van de patiënt en zou de arts niet meer vanzelfsprekend de hoofdrol spelen.²⁸ Tenslotte zouden er ook bepaalde voorwaarden of procedureregels moeten komen voor het krijgen van deskundige hulp bij zelfdoding, aannemende dat men het risico op oneigenlijk gebruik of misbruik zo klein mogelijk wil maken. Hoe zo'n regeling er mogelijk uit zal kunnen zien is verleden jaar beschreven door Blad en Bogert.²⁹ In de door hen geschetste procedure voor het verstrekken van zelfdodingsmiddelen worden de middelen uiteindelijk door een arts verstrekt, maar pas als laatste fase in een proces waarvan het deponeren van het verzoek en een consultatiefase met een professionele consulent verplichte onderdelen zijn.

Het zal waarschijnlijk moeilijk zijn om tot zo'n regeling te komen. Afgezien van het vinden van de juiste balans tussen zelfbeschikking en algemeen belang (voorkoming van misbruik) zijn er ook andere belemmeringen. In de eerste plaats zijn in ons land euthanasie en hulp bij zelfdoding lange tijd op dezelfde voet behandeld. Elders worden tussen beide wel degelijk belangrijke, normatieve verschillen gezien. Sterker nog: hulp bij zelfdoding is als zodanig in een aantal landen niet strafbaar, zelfs niet als de desbetreffende hulp niet door een arts geboden wordt.³⁰ Een verschuiving in de maatschappelijke, ethische en uiteindelijk juridische waardering van hulp bij zelfdoding zal veel tijd kosten, gevangen als wij zijn in de wijze waarop euthanasie en hulp bij zelfdoding in een langdurig en moeizaam proces zijn geconceptualiseerd en geregeld.

Een tweede punt betreft de rol van de medische professie. Die heeft aan de acceptatie van euthanasie en hulp bij zelfdoding een belangrijke, en internationaal gezien unieke bijdrage geleverd. Het moge zo zijn dat de rol van de arts anders en minder vanzelfsprekend is als geen sprake is van ernstige ziekte, dat doet niet af aan het feit dat de patiënt daaraan zeer kan hechten. Betrokkenheid van de arts is voorts van groot praktisch belang, bijvoorbeeld omdat de arts beter dan anderen kan (laten) nagaan of de wil van de patiënt niet door een psychische ziekte is beïnvloed.³¹ Daarnaast schept zij vertrouwen dat in principe deskundige en zorgvuldige beslissingen worden genomen, mede in verband met de toetsingsmogelijkheden en kwaliteitswaarborgen die het optreden van medici biedt.

²⁸ Leenen/Gevers, o.c., p.350-351

²⁹ J.R.Blad, P.C.Bogert, Beschikbaarstelling van zelfdodingsmiddelen, *Delict en Delinquent* 2002, p.446-472; over zulke mogelijkheden is en wordt overigens ook gediscussieerd in kringen van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie en vooral de Stichting Vrijwillig Leven.

³⁰ S.A.Hurst, A.Mauron, Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, *BMJ* 2003, 271-273

• ³¹ Leenen/Gevers, o.c., p.351

Tenslotte is er nog een ander probleem bij zo'n aparte regeling. Als er al ooit een afzonderlijke regeling als hierboven geschetst zou komen, zou deze de huidige wettelijke regeling voor euthanasie en hulp bij zelfdoding bij ernstig zieke patiënten kunnen ondermijnen. Het zal immers heel moeilijk zijn artsen aan bepaalde inhoudelijke en procedurele eisen te houden als daarnaast middelen voor hulp bij zelfdoding onder minder strikte voorwaarden kunnen worden verstrekt.³²

Bij deze overwegingen ga ik ervan uit dat de maatschappelijke behoefte aan enigerlei regeling in de toekomst sterker zal worden. Of dat laatste echt zo is, zal de toekomst moeten leren. Op dit moment kan eigenlijk alleen gezegd worden dat verdere discussie gewenst is over de wenselijkheid en de eventuele mogelijkheden om het verlenen van hulp bij zelfdoding in de door mij bedoelde a-typische gevallen niet bij voorbaat onmogelijk te maken, inclusief de rol van de arts daarbij.³³

Ik heb in mijn betoog veelvuldig naar Henk Leenen verwezen. Wij hebben ons als bestuur van deze vereniging afgevraagd hoe wij ook in de toekomst zijn belang voor het gezondheidsrecht het best kunnen memoreren. De gedachten gingen daarbij vooral uit naar een nieuwe of bestaande activiteit, waaraan wij zijn naam zouden kunnen verbinden. Uiteindelijk hebben wij besloten - na ruggespraak met Henriëtte Roscam Abbing - tot instelling van een 'Henk Leenenlezing'. Bedoeling is dat die lezing wordt gehouden elke tweede jaarvergadering, afwisselend met de huidige rede van uw voorzitter. De lezing biedt een naar wij verwachten prestigieus platform aan een spreker van binnen of van buiten de vereniging voor het aan de orde stellen van een belangrijk thema op het snijvlak van recht, gezondheid(szorg) en samenleving. Binnenkort zullen wij doel en opzet vastleggen, voor de vereniging en voor toekomstige sprekers. Bij gelegenheid van de najaarsvergadering hoop ik U te laten weten wie door het bestuur is uitgenodigd om in april 2004 de eerste Henk Leenen lezing uit te spreken.

³² G.A. Den Hartogh, o.c. 2002, p.249-250

³³ Voor maatschappelijke discussie pleitte overigens ook de Gezondheidsraad in zijn eerder vermelde advies en wel met het oog op eventuele hulp bij zelfdoding bij beginnende dementie.