



Een tijd om te leven, en een tijd om te sterven

Een handreiking van de Raad van de Communion of Protestant Churches in Europe over beslissingen die de dood bespoedigen en de zorg voor stervenden.

Vele protestantse kerken in Europa hebben zich in de afgelopen jaren bezig gehouden met de ethische vragen die voortkomen uit de medische mogelijkheden tot levensverlengende maatregelen. Bijzondere aandacht is hierbij gegeven aan de vraag over de zelfbeschikking bij het levenseinde.

De ethiek-werkgroep van de Communion of Protestant Churches (CPCE) heeft de rapporten met standpunten bekeken vanuit de oecumenische context. De daaruit voorkomende oriënterende handreiking is besproken en herzien in februari 2011 tijdens een consultatie met kerkleiders, theologen en deskundigen uit medisch en wettelijk terrein en het ziekenhuispastoraat. De CPCE presenteert hierbij het resultaat aan het publiek als een protestantse bijdrage aan de discussie van een waardige manier van omgaan met het levenseinde.

De tot zover bereikte resultaten kunnen de basis vormen voor een gemeenschappelijk protestantse weg op Europees niveau. De handreiking tot positiebepaling is bedoeld om de kerken aan te moedigen verder te werken aan de bespreking van de problemen in hun respectievelijke context.

Een tijd om te leven, en een tijd om te sterven

Een hulpverlening bij de plaatsbepaling van de Raad van de CPCE over beslissingen die de dood bespoedigen en de zorg voor stervenden

**Communion of Protestant Churches in Europe
Gemeenschap van Protestantse Kerken in Europa
Severin-Schreiber-Gasse 3, 1180 Wenen (Oostenrijk)**
office@leuenberg.eu
www.leuenberg.eu

Inhoud

Voorwoord	x
Korte inhoud	x
1 Inleiding: Protestantse kerken over euthanasie en andere beslissingen rondom het levenseinde	x
2 Begrenzing van het onderwerp I: Dood en sterven in de hedendaagse maatschappelijke, klinische en wettelijke context	x
2.1 Sociaal-economische en culturele aspecten	x
2.2 Klinische context	x
2.3 Wettelijke en politieke aspecten	x
2.4 Euthanasie in de historische context van het Duitse nationaalsocialistische regime	x
3 Begrenzing van het onderwerp II: Oecumenisch	x
4 Theologisch en ethisch kader	x
4.1 Menselijk leven: geschapen naar het beeld van God	x
4.2 Morele verantwoordelijkheid: reageren op God's liefdevolle daden van schepping en verlossing	x
4.3 Menselijk leven: recht op bescherming	x
4.4 Zorg en medeleven voor de zieken en stervenden	x
4.5 Respect voor de patiënt	x
5 Onthouding/weigering van levensverlengende behandeling	x
5.1 Klinische context	x
5.2 Ethische discussie: indicaties voor onthouding/intrekking van behandeling	x
Levenskwaliteit en afzien van levensverlengende behandeling	x
Een onderscheid tussen zorg en behandeling?	x
Het risico van overbehandeling	x
5.3 Ethische discussie: de wil van de patiënt	x
De uitgesproken wil van de patiënt	x
De wilsbeschikking vooraf	x
Patiënten 'die niet in het bezit zijn van hun verstandelijke vermogens'/ ontoerekeningsvatbare patiënten	x
Familieleden	x
Wettelijk voogd	x
Beëindiging of onthouding van levensverlengende behandeling: conclusie	x
6 Palliatieve zorg, behandeling en sedatie	x
7 Euthanasie	x

7.1 Begrenzing van het probleem	x
7.2 Ethische discussie	x
Autonomie en euthanasie	x
Humaniteit en euthanasie	x
Euthanasie en zich onthouden van behandeling: belangrijk verschil	x
Euthanasie en maatschappelijke effecten	x
Euthanasie en wetgeving	x
Euthanasie: conclusie	x
8 Hulp bij zelfdoding	x
8.1 Definitie van het probleem	x
8.2 Hulp bij zelfdoding en euthanasie	x
8.3 Moreel recht op hulp bij zelfdoding	x
8.4 Wettelijk recht op hulp bij zelfdoding	x
8.5 Hulp bij zelfdoding: conclusie	x
9 Conclusie	x
Verwijzingen	x
CPCE werkgroep voor ethische kwesties	
x	

Voorwoord

Vele protestantse kerken hebben zich in de afgelopen jaren bezig gehouden met de ethische vragen die voortkomen uit de medische mogelijkheden tot levensverlengende maatregelen. Bijzondere aandacht is hierbij gegeven aan de vraag over de zelfbeschikking bij het levenseinde. De kerken hebben positiebepalingen gepubliceerd met verschillende accenten en zelfs met verschillende opinies. Elkaar onderling uitsluitende protestantse standpunten over deze vraag zijn echter geen bevredigende bijdrage aan het sociale debat.

Daarom heeft de Gemeenschap van Protestantse Kerken in Europa (CPCE + Community of Protestant Churches in Europe) deze zaak in 2008 aan de orde gesteld. Een speciale werkgroep onder de leiding van de Ethieksectie heeft de afzonderlijke positiebepalingen opnieuw bekeken vanuit een oecumenische context. Hiervan is verslag gedaan in de publicatie van Stefanie Schardien (ed.), *Mit dem Leben am Ende*. De daaruit voortkomende handreiking bij de oriëntatie werd in februari 2011 besproken en bewerkt in een consultatie van de lidkerken waaraan kerkleiders, hoogleraren in de theologie en deskundigen op het gebied van geneeskunde, rechten en ziekenhuispastoraat deelnamen. Na de verschillende stadia van de ontwikkeling van de tekst te hebben besproken presenteert de Raad van CPCE het resultaat aan het publiek als een protestantse bijdrage aan de discussie over een waardige omgang met het levenseinde.

De komende jaren zullen de medische mogelijkheden zich verder uitbreiden en de wetgeving in de verschillende Europese landen is aan het veranderen. Deze oriëntatie-handreiking is zeker geen definitief antwoord op de vragen die zullen opkomen. Het debat zal voortgaan, zowel op Europees als op nationaal niveau.

De tot nu toe bereikte resultaten kunnen de basis vormen voor een gezamenlijke protestantse aanpak op Europees niveau. De handreiking bij de oriëntatie is bedoeld om de kerken aan te moedigen verder te werken aan het aanpakken van de problemen in hun verschillende context.

De Raad van de Gemeenschap van Protestantse Kerken in Europa dankt al degenen die hebben bijgedragen aan de totstandkoming van deze tekst, met speciale waardering voor het redactionele werk van Prof. Ulla Schmidt, Oslo.

Ds. Thomas Wipf, dr. theol. h.c., voorzitter van de Raad
Bisschop Michael Bünker, dr. theol., secretaris-generaal

Korte inhoud

De protestantse kerken in Europa erkennen de uitdagingen en vragen die het proces van ernstige ziekte, sterven en dood in de huidige Europese maatschappij omgeven. Niet alleen is er toenemend aantal mensen dat in medische zorginstellingen hun einde nadert; hun dood is dikwijls ook het resultaat van beslissingen die het gevolg zijn van de medische behandeling. Dit stelt ons ten diepste voor de vraag hoe wij dood en sterven verstaan en hoe we omgaan met mensen die aan het eind van hun leven zijn gekomen. In de confrontatie met deze complexe vragen en dilemma's zoeken de protestantse kerken in Europa naar constructieve verbindingen tussen fundamentele elementen en de bronnen van hun geloof en de context en voorwaarden rondom deze vragen met betrekking tot het levenseinde.

Een van de essentiële elementen van de protestantse verwoording van het christelijk geloof met betrekking tot dit onderwerp is het verstaan van menselijk leven en de voorwaarden daartoe. De fundamentele kwalificatie van de mens die geschapen is naar Gods beeld betekent een fundamentele verantwoordelijkheid van de mens naar God, geïnitieerd door het leven dat ontvangen is uit Gods hand. Deze verantwoordelijkheid ten opzichte van God voor het ontvangen leven wordt aan de ene kant onafhankelijk van iemands wereldlijke omstandigheden en eigen kwaliteiten uitgeoefend, aan de andere kant wordt deze plicht vervuld te midden van iemands wereldlijke positie en relaties, als de vrijheid om in liefde dienstbaar te zijn aan de naaste.

Een verdere essentiële eigenschap van menselijk leven die besloten ligt in de notie beeld van God, is de fundamentele waardigheid van menselijk leven. Protestantse verwoording van christelijke geloof concludeert dat menselijke waardigheid uiteindelijk gegrond is op de menselijke relatie met God. Het is het essentiële relationele kenmerk van menselijk leven, uiteindelijk gevormd door Gods liefdevolle daden van schepping en rechtvaardiging van het menselijk wezen, dat het begiftigd met absolute en onverkorte waardigheid. Menselijke waardigheid is daarom verbonden met de verschillende manieren waarop wij ons leven dagelijks ontvangen en afhankelijk zijn van voorwaarden die buiten onze menselijke controle liggen en niet op eigen mogelijkheden of kwaliteiten.

De fundamentele waardigheid van het menselijk leven bestaat niet uit zijn functionaliteit, nut of onafhankelijkheid en wordt niet beïnvloed door gebrek aan productiviteit, noch verminderd door het gevoel dat er niet langer plezier mee beleefd kan worden. Een leven dat getroffen is door een ernstige ziekte of stoornis is bijvoorbeeld voor de gehele levensduur volledig afhankelijk van de zorg en hulp van anderen en is toch niet in tegenspraak met of doet geen afbreuk aan de fundamentele waardigheid van menselijk leven, noch vertegenwoordigt het een onjuiste of onwaardige vorm van menselijk leven.

Vanuit deze inzet op de onverkorte en absolute waardigheid van het menselijk leven gebaseerd op een relatie gegrondvest door Gods liefdevol handelen van schepping en rechtvaardiging volgen verschillende inzichten met betrekking tot verantwoordelijkheid voor menselijk leven. Ten eerste volgt daaruit dat menselijk leven een fundamenteel recht op bescherming tegen pijn, geweld en vernietiging heeft, zoals ook is vastgelegd in het vijfde gebod tegen doodslaan. Maar er volgt ook een fundamentele verantwoordelijkheid voor zorg van de naaste uit, waarvan wij het voorbeeld ook zien in het leven van de Heer. Dit bestaat uit een aandachtige en meelevende houding ten opzichte van onze naaste, evenals concrete daden van hulp en steun, in het bijzonder

ten opzichte van de meest kwetsbaren: de armen, de weduwen, degenen die geen stem hebben en de misdeelden, kortom, zij die al te makkelijk aan de rand van de samenleving en de menselijke gemeenschap worden achtergelaten.

In dit verband worden we in het bijzonder herinnerd aan de continue en prominente grondslag van de christelijke moraal om te zorgen voor de ernstig zieken en de stervenden, ook wanneer er geen hoop meer is op verbetering of genezing. De verantwoordelijkheid om te zorgen voor de ernstig zieken en stervenden, voor een leven dat getekend is door pijn, lijden en hulpeloosheid, is geen gevolg van of afhankelijk van de kans op herstel tot een gezondere en goed functionerende conditie, maar van de fundamentele waardigheid van het menselijk leven, gebaseerd op Gods scheppende en rechtvaardigende relatie met de mens. Belangrijke dimensies in het begrip van deze zorg herkennen wij in het begrip en de praktijk van palliatieve zorg als een toenemende normale component in de nationale gezondheidszorg. Wij willen alle initiatieven die voorrang verlenen aan goede palliatieve zorginstelling onder de aandacht brengen en ondersteunen.

Deze fundamentele uitgangspunten en verantwoordelijkheden die wij hebben afgeleid vanuit ons verstaan van de essentie van het christelijk geloof, kunnen worden ingebracht in de dialoog met de uitdagende vragen waarvoor wij staan wanneer we deze beslissingen ten opzichte van het levenseinde moeten nemen.

Beëindiging of onthouding van levensverlengende behandeling

Beëindiging of onthouding van levensverlengende behandeling is onder bepaalde omstandigheden niet alleen toegestaan, maar zou in feite vereist kunnen zijn als een element van goede zorg en medeleven voor een ernstig-, onherstelbaar- of terminaal zieke patiënt. Het is van belang de vraag te stellen of een voortgaande behandeling de patiënt enig goed doet; namelijk curatief, palliatief of in de zin van het in standhouden van het leven dat kwaliteit heeft in de christelijke zin van ontvankelijk, gevoelig en op enigerlei wijze in staat zijn te reageren op betoonde liefde. Een langdurige christelijke traditie benadrukt de plicht te zorgen voor de ernstig zieken en stervenden, ook wanneer er geen hoop is op genezing of verbetering, met als randvoorwaarde het nemen van zorgmaatregelen die pijn, ongemak en leed verlichten tijdens de laatste levensuren. Aan de ene kant zijn medische, klinische en verpleegkundige maatregelen, of ze nu levensverlengend zijn of niet, essentiële verantwoordelijkheden die grote eisen aan ons stellen en die niet gemakkelijk terzijde kunnen worden geschoven ten gunste van andere zaken. Het zijn aan de andere kant geen absolute vereisten zonder overwegingen van de implicaties voor de patiënt en zijn of haar situatie. Hoewel de protestantse kerken zich bewust zijn van het complexe morele dilemma, de inschatting en de ernstige morele bezwaren, zijn zij niet bereid om (bijvoorbeeld) het onthouden van voedsel aan patiënten in een voortdurend vegetatieve situatie als altijd en absoluut verkeerd af te wijzen.

Morele bezwaren en taxaties hebben niet alleen betrekking op de besluiten, maar ook op het proces waardoor de besluitvorming tot stand komt. De goed gefundeerde en uitdrukkelijke wens van de patiënt tegen verdere behandeling zou moeten worden gerespecteerd, en wanneer een patiënt die nu niet 'toerekeningsvatbaar' is eerder een wilsbeschikking heeft gemaakt met betrekking tot behandeling, is dit van groot gewicht, in het bijzonder wanneer er geen redenen zijn aan te nemen dat dit niet langer de wil van de patiënt zou zijn. Voor het geval er geen wilsbeschikking is en de patiënt onherstelbaar ontoerekeningsvatbaar is, worden

communicatieve en consultatieve processen om tot een beslissing te komen bijzonder belangrijk. Ze zouden een breed spectrum van professionals moeten omvatten, personeel uit de gezondheidszorg en adviseurs. Naaste familieleden, bloedverwanten en vrienden die de patiënt goed kennen en redelijkerwijs geacht kunnen worden het beste met de patiënt voor te hebben zouden uitvoerig geraadpleegd moeten worden en voldoende tijd en ruimte moeten krijgen om de beslissing en het vooruitzicht van het verlies van een beminde te verwerken. Zij zouden echter niet moeten worden belast met de uiteindelijke beslissing.

Palliatieve zorg, behandeling en sedatie

De protestantse kerken zijn blij met de grote vooruitgang in palliatieve behandeling en zorg, binnen de medische opleidingen, het onderzoek en de klinische praktijk. Deze ontwikkelingen hebben niet alleen de mogelijkheden voor effectieve behandeling en verlichting van fysieke pijn en ongemak enorm verbeterd, ze hebben ook een aantal andere dimensies van ziekte en levenseinde in het perspectief van zorg aan het einde van het leven gebracht, inclusief psychologische en spirituele aspecten. Dit heeft niet alleen de levenskwaliteit van de patiënt in de laatste levensfase verhoogd. Het blijkt ook eerder levensverlengend dan levensverkortend te zijn, waar veel van de vroegere discussies over pijnbestrijding zich op richtten. Dit betreft eveneens de zeldzame procedure van palliatieve sedatie, waarbij het bewustzijn van de patiënt via medicatie gereduceerd wordt om het gevoel en de gewaarwording van anders ondraagbare pijn en lijden te vermijden.

Hoewel zij zich ervan bewust zijn dat palliatieve geneeskunde en zorg niet alle problemen kunnen oplossen die in de medische context rondom het levenseinde voorkomen, beschouwen de kerken palliatieve zorg en de grote vooruitgang op dit gebied als een toonbeeld van de absolute waardigheid waarop ernstig zieken en stervenden onverkort recht hebben.

Euthanasie en hulp bij zelfdoding

De Europese protestantse kerken zijn zeer bewogen met de patiënten en hun familieleden die door een martelend proces van ernstige en terminale ziekte gaan en die in afwachting zijn van de dood. Niet alleen is onze maatschappij eigenlijk nog steeds niet in staat hulp te bieden in dergelijke situaties, maar als geloofsgemeenschappen zijn we eigenlijk ook nog niet in staat de nabijheid, steun, troost en hoop te bieden waartoe wij als christenen geroepen zijn. Nu dit zo is moeten wij ons van deze tekortkomingen bewust zijn tegenover patiënten en families voordat wij al te snel een moreel oordeel vellen. De eerste verantwoordelijkheid van onze maatschappij, gemeenschappen en kerken is ervoor te zorgen dat er adequate zorg, troost en leniging van pijn en lijden beschikbaar is en wordt geleverd en het bevorderen van gemeenschap en maatstaven die ernstig zieke en stervende mensen in staat stellen hun leven te ervaren in onaangetaste en onverkorte waardigheid.

Protestantse kerken beschouwen euthanasie ethisch zeer problematisch als antwoord op deze situatie en wel om uiteenlopende redenen. Het gaat in tegen enkele van de diepgewortelde morele overtuigingen, niet alleen vanuit de specifiek christelijke traditie, maar vanuit een grotere gemeenschappelijke morele erfenis, namelijk het ideaal geen onschuldig leven te nemen en de plicht het leven te beschermen, in het bijzonder van

kwetsbaren en zwakken. De argumenten die gebruikt worden om deze morele basisovertuiging te weerspreken, namelijk autonomie en humaniteit, gelden niet als ethische rechtvaardiging voor euthanasie. Euthanasie is moeilijk in overeenstemming te brengen met een van de meest essentiële en persistente overtuigingen en verplichtingen van de christelijke traditie, namelijk dat de fundamentele en onvervreembare waardigheid van menselijk leven niet ligt in zijn vermogen tot onafhankelijke zelfbeschikking en – vertegenwoordiging, maar in de scheppende en rechtvaardigende liefde die mensen in Christus van God ontvangen.

Dit kan niet uitsluitend gezien worden als een kwestie van het individuele geweten, dat de staat niet zou moeten blokkeren door een wettelijk verbod. Legalisering zou een soort normalisatie en goedkeuring van euthanasie inhouden, die het verandert in een gewoon en vastgesteld element van de medische en klinische praktijk. Het feit dat zich morele tragedies zouden kunnen voordoen, situaties waarin er geen manier is om te verhinderen dat een belangrijk en essentieel moreel punt totaal wordt misvormd, zou een wettelijk excuus kunnen opleveren – zoals in sommige landen is gebeurd – door in zeldzame en extreme situaties niet te vervolgen in plaats van te legaliseren.

De lidkerken van de CPCE zien het als hun taak om te pleiten voor een cultuur van solidariteit met de stervenden en de tendens richting individualisering van het lijden en het gebrek aan menselijke solidariteit die ten grondslag liggen aan de huidige discussie over euthanasie te bekritisieren. Het grootste probleem is niet de bovenmatige medische ondersteuning, maar de eenzaamheid van de stervenden.

De lidkerken van de CPCE steunen de bescherming van de mensenrechten van de stervenden en de terminaal zieken. Dit omvat zowel het recht tot het einde te leven, als het recht om te besluiten van verdere behandeling af te zien. Zorg en zelfbeschikking tegen behandeling zijn geen tegenovergestelde zaken. De CPCE-lidkerken hebben evenzeer kritiek om de zorg voor de stervenden en terminaal zieken te laten verwateren met een abstracte verwijzing naar het autonomieprincipe, zonder oog te hebben voor de speciale behoefte aan zorg en bescherming van de ernstig zieken en stervenden. Niet alleen vanuit theologisch, maar ook vanuit filosofisch perspectief is het hoogst problematisch menselijke waardigheid te verbinden aan een abstract principe van autonomie dat individualiteit met complete onafhankelijkheid verwacht, en omgekeerd elke vorm van afhankelijkheid, behoefte aan hulp en vertrouwen op anderen, als een narcistische belediging. Een dergelijk begrip van autonomie leidt tot de beschouwing dat lijden en zwakte de mens onwaardig zijn en het uitsluitend accepteren van een abstracte zelfbeschikte dood als in overeenstemming met menselijke waardigheid. Hier is, in het licht van het evangelie, tegenin te brengen dat menselijke waardigheid bestaat uit het feit dat God machtig is in zwakte en dat mensen evenzeer gekenmerkt worden door hun capaciteit tot lijden als door hun capaciteit tot liefde.

Hoewel euthanasie of zelfdoding en hulp bij zelfdoding ethisch niet kunnen worden gerechtvaardigd volgens het standpunt van de lidkerken van de CPCE, zijn zij zich bewust van de wijdverbreide publieke vraag naar wettelijke decriminalisering van actieve euthanasie.

De lidkerken van de CPCE pleiten voor het ontwikkelen van maatschappelijke voorwaarden, maar tevens voor geneeskunde en zorg in ziekenhuizen en verzorgingshuizen met respect voor menselijke waardigheid zowel in leven als sterven. Zij ondersteunen de hospice-beweging en andere ontwerpen van palliatieve zorg, die tevens

de dimensie van pastorale en spirituele zorg omvatten. De lidkerken van de CPCE zien het daarom als hun taak christelijke vormen van ondersteuning in sterven te beschrijven en te ontwikkelen, inclusief kerkelijke rituelen, en die verder te ontwikkelen op zo'n manier dat zij mannen en vrouwen beschermen tegen monddood zijn in de laatste fase van hun leven en hen hulp en richting geven in het omgaan met de eindigheid van het leven.

Zorg voor mensen en het bieden van spirituele troost is een essentieel onderdeel van 'kerk-zijn'. Dit omvat tevens een duidelijke taak van de kerken in de burgerlijke maatschappij. Ze zijn geroepen stem te geven aan het protest wanneer wettelijke barrières die het leven beschermen omlaag worden gehaald. Ze zijn geroepen om in het openbaar te pleiten voor adequate economische hulpmiddelen voor ziekenhuizen en hospices om hen die in doodstrijd zijn de best mogelijke zorg te geven. Ze hebben de taak te pleiten voor het scheppen van een klimaat in de maatschappij dat een afgerond leven voor ieder lid van de maatschappij bevordert, ook voor hen die de dood nabij zijn.

1 Inleiding: Protestantse kerken over Euthanasie en andere beslissingen rondom het levenseinde

Sterven is een deel van het leven. Maar de omstandigheden van het sterven zijn de laatste jaren ingrijpend veranderd. Het is niet langer gebruikelijk dat mensen hun leven eindigen binnen de gemeenschap van hun familie, vrienden en buren. Tegenwoordig overlijden veel mensen in speciale verzorgingstehuizen of ziekenhuizen. Zulke zorginstellingen leveren medische zorg die in vroegere eeuwen niet mogelijk was. Maar het veranderende maatschappelijke netwerk en de voortdurende medische vooruitgang roepen nieuwe vragen op. Mensen vragen zich af of het intensieve gebruik van alle medische mogelijkheden werkelijk een verbetering van de levenskwaliteit met zich meebrengt of uitsluitend een verlenging van een pijnlijk en langdurig stervensproces. Het stelt de medische staf en familieleden van de stervenden voor de uitdaging om moeilijke beslissingen te nemen over de toepassing van medische behandelingen. Het stelt tevens politici en maatschappij voor de uitdaging te beslissen over onderwerpen met betrekking tot de zorgkwaliteit enzovoorts, of alles wat medisch mogelijk is in de toekomst door de gemeenschap betaald moet worden.

De laatste jaren hebben vele protestantse kerken verklaringen over beslissingen rondom het levenseinde gepubliceerd. Ze geven overwegingen en bezinning over de moeilijke situaties en dilemma's waar tegenwoordig iedereen mee te maken krijgt die staat voor beslissingen en keuzes die te maken hebben met leven en dood. Hoewel gebaseerd op gedeelde normen en waarden zijn de kerken tot een verschillend antwoord op een aantal specifieke vragen gekomen; dit is tevens het gevolg van de verschillende sociale en wettelijke context. Tegelijkertijd benadrukken alle kerken hun verantwoordelijkheid voor de beste zorg voor de stervenden en voor steun aan allen die geconfronteerd worden met de uitdagingen rondom de dood.

Tijdens een consultatieve ronde heeft de Gemeenschap van Protestantse Kerken in Europa (CPCE) deze verklaringen en de vragen die zij oproepen laten evalueren door de Ethieksectie. In dit document wordt een gezamenlijk standpunt van de krotestantse Kerken in Europa gepresenteerd. Het probeert ten eerste recht te doen aan de waardevolle en omvangrijke beschouwingen die over dit complexe onderwerp gemaakt zijn in vele van onze lidkerken. Ten tweede probeert het recht te doen aan en een opsomming te geven van in ieder geval een aantal van de meest belangrijke bezwaren en overwegingen die daarin gevonden zijn, en tevens uit te breiden en aan te vullen waar dat zinvol werd geacht. En ten derde, met de ambitie en de hoop zinvolle hulpmiddelen aan te bieden voor nadere overdenking, nodigt het de lidkerken – en andere kerken – uit verder te gaan met de dialoog, uitwisseling en discussie over deze moeilijke onderwerpen. We geloven dat de kerken in dit verband een tweevoudige taak en mandaat hebben, openbaar en tevens pastoraal of gemeentelijk. Ze moeten bezig zijn met en deelnemen aan de voortgaande publieke debatten over wetgeving en het maken van beleid. Maar zij moeten ook begeleiding bieden aan de leden die met deze moeilijke vragen geconfronteerd worden: zij die gaan sterven, familieleden en vrienden van degenen die aan het eind van hun leven gekomen zijn, zorgverleners, politici en wetgevers en gemeenteleden die geconfronteerd worden met hun eigen toekomstige dood. Hierbij hebben de kerken niet alleen de rijke hulpbronnen voor morele bezinning, gevoed door christelijk leven en denken. Ze zijn tevens getraind in het geven van pastorale zorg en spirituele begeleiding voor hen die het moeilijk hebben, begeleiding die ook vorm gegeven wordt door liturgische en rituele taal die de hele breedte van de menselijke ervaringen omvat, van vreugde zowel als lijden en angst. Niet in de laatste plaats leven de kerken van een belofte die hen in staat stelt te spreken over een hoop die ons huidige, tijdelijke leven te boven gaat.

In deze tekst willen wij sommige bronnen van de protestantse traditie van christelijk geloof en leven onderzoeken voor bezinning op sommige van deze vragen en dilemma's waarmee we geconfronteerd worden aan het einde van het leven, in medische en klinische context: zoals het onthouden en beëindigen van levensverlengende maatregelen, pijnstillende behandeling en palliatieve zorg, euthanasie en hulp bij zelfdoding. De aanverwante, maar meer specifieke onderwerpen zoals zorg voor pasgeborenen en zelfdoding worden niet afzonderlijk behandeld.

2 Begrenzing van het onderwerp I:

Dood en sterven in de hedendaagse maatschappelijke, klinische en wettelijke context

Euthanasie en andere kwesties rondom het levenseinde, en meer in het algemeen onze opvattingen en houding ten opzichte van sterven en dood, ontstaan gedeeltelijk binnen een breder perspectief en kader, niet alleen bestaande uit medische en klinische dimensies, maar ook sociaal-economische, culturele en wettelijke aspecten.

2.1 Sociaal-economische en culturele aspecten

De vragen over euthanasie en andere dilemma's rondom het levenseinde worden gedeeltelijk veroorzaakt door hun sociaal-economische en culturele context en kader. Een van de overheersende en relevante kenmerken is het feit dat het proces van sterven en dood tegenwoordig in grotendeels geschiedt binnen de institutionele en technologische medische kaders van ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorginstellingen en dergelijke. Tot het begin van de 19^e eeuw vond sterven en dood hoofdzakelijk in de onmiddellijke context van huis, familie, burens en gemeenschap plaats. Verschillende factoren hebben hier echter verandering in gebracht. Sociaal-economische factoren hebben de familie en naaste omgeving als het kader voor sterven en dood veranderd. Niet alleen het feit dat werk hoofdzakelijk buitenshuis en buiten de onmiddellijke omgeving wordt gevonden, maar ook de vraag naar flexibele arbeidskrachten, toenemende mobiliteit, veranderende patronen in het familieleven en de communicatie tussen de generaties, zijn een aantal van de factoren die de voorwaarden van het gezin als de context voor het verlenen van onderdak en het ondersteunen van het proces van sterven en dood hebben veranderd. Urbanisatie verhoogt niet alleen de mobiliteit en verandert niet alleen de patronen van levenslange, vaste onderkomens, maar tast ook de voorwaarden aan voor kleine, vaste en stabiele gemeenschappen als plaatsen van zorg en verzorging. Kortom, veranderende sociale structuren in industriële en post-industriële samenlevingen hebben bijgedragen aan het overdragen van de processen van sterven en dood van de naaste omgeving van de familie naar een geïnstitutionaliseerde omgeving van instanties voor gezondheidszorg.

Er is geen reden om deze ontwikkeling te betreuren. Instanties voor gezondheidszorg hebben over het algemeen de beschikking over medische expertise, technologische uitrusting en effectieve middelen voor palliatieve behandeling en niet in de laatste plaats over zorgverleners die volgens belangrijke ethische standaards en professionele ethiek getraind en ervaren zijn in de zorg voor terminaal zieken. Over het algemeen bieden deze instellingen de ernstig en terminaal zieken meer zekerheid van goede zorg, bijvoorbeeld in situaties waarin de familie en naaste verwanten niet bereid of in staat zijn goed voor een ziekelijk familielid te zorgen, of voor mensen die geen naaste familie hebben. Dit gezegd zijnde, moeten de troost, steun en medeleven die familieleden en naaste verwanten een stervende patiënt kunnen bieden erkend worden als belangrijke hulpmiddelen, en zijn dat meestal ook, en niet als een verstorend element van de professionele zorg. Onder gunstige omstandigheden zou dit een patiënt die dit wenst in de gelegenheid stellen thuis te sterven in zijn of haar eigen omgeving, omringd van degenen waar zijn/haar beminde.

Demografische veranderingen, zoals de toenemende levensverwachting en een toenemend aandeel van ouderen in de bevolking legt in vele Europese landen grote druk op sterven in een ziekenhuis of instelling. Bovendien is het meeste geld voor medische behandeling en zorg nodig tijdens de laatste weken van het leven

en de exploitatiekosten voor palliatieve zorginstellingen zijn hoger dan voor andere ziekenhuizen. In diverse landen leidt deze situatie tot toenemende politieke druk om te snijden in de economische kosten voor behandeling en palliatieve zorg aan het eind van het leven of die te limiteren. Verpleeghuizen en instellingen voor palliatieve zorg worden geconfronteerd met kortingen op hun budget, eisen voor meer efficiëntie en bezuinigingen, met als resultaat een teruggang in hun activiteiten. Dit gaat soms vergezeld met de suggestie van politici dat stervende patiënten evengoed, zo niet beter, thuis in de familiekring kunnen worden begeleid en gesteund. Hiertegenover staat dat wij in gedachten moeten houden dat hoewel familie en naaste verwanten dikwijls onschatbare troost en steun verlenen, veel van de sociale verbanden en structuren, die eens ten grondslag lagen aan de familie als dichtstbijzijnde zorgomgeving al lang geleden verdwenen zijn. Familie en naaste omgeving kunnen het gebrek aan geïnvesteerde middelen in de palliatieve zorg en medische en verzorgingsinstellingen die bedoeld zijn om gepaste zorg te leveren voor de terminaal zieken, niet compenseren.

Behalve deze meer materiële, sociaal-economische voorwaarden wordt er soms gesuggereerd dat de veranderende en toenemend toegeeflijke houding onder de Europese bevolking met betrekking tot euthanasie en de vraagstukken rondom het levenseinde ook een weerspiegeling zijn van veel meer omvattende culturele patronen en waarden. Met concepten zoals gesuggereerd door de filosoof Charles Taylor als kenmerk van dominante waardepatronen in de huidige (westerse) maatschappij, zou je kunnen zeggen dat relaties en beslissingen daaromtrent tegen het einde van het leven steeds meer bepaald worden door zeggingskracht en authenticiteit. Je ware innerlijk tot uitdrukking brengen, echt handelen in overeenstemming met iemand's voorkeuren en verplichtingen, gaat voor het handelen in overeenstemming met een externe, objectief gegeven morele orde. Voor sommigen zou dit met zich mee kunnen brengen dat zij situaties met verlies aan zelfcontrole of volledig hulpeloos worden, geheel afhankelijk van anderen en zonder het vooruitzicht de dingen te kunnen doen die het leven de moeite waard en waardig maakten vermijden. Voor anderen zou het een levensdoel zoeken met zich mee kunnen brengen met gedragsaanpassingen om zich te kunnen handhaven, zelfs in situaties van afhankelijkheid en pijn aan het einde van het leven. Hoe dan ook toont dit aan dat de kwestie van euthanasie ook ingebed is in waardepatronen die van invloed zijn op hoe euthanasie, hulp bij zelfdoding en andere vragen rondom het levenseinde geïnterpreteerd en beschreven worden. Het beoordelen van deze morele dilemma's is niet simpelweg een kwestie van het geven van een moreel oordeel en beoordeling, maar ook van het bieden van interpretatieve hulpmiddelen die het mogelijk maken het verlies van controle en productiviteit en complete afhankelijkheid als waardig menselijk leven te interpreteren.

2.2 Klinische context

Uiteraard hebben niet alleen sociaal-economische factoren tot het overdragen van sterven en dood van de intieme omgeving van huis en gezin naar de institutionele en professionele omgeving van ziekenhuizen en verpleegtehuizen geleid, maar ook de enorme vooruitgang in de medische wetenschap. Als gevolg van de ontwikkelingen op het gebied van medicijnen en gezondheidszorg is het mogelijk geworden patiënten veel langer in leven te houden met ziekten of verwondingen die vroeger hun leven veel eerder beëindigd zouden hebben. Medicijnen en medische kennis zijn een veel grotere rol gaan spelen in de ondersteuning van patiënten aan het levenseinde. Niet alleen dwingt deze ontwikkeling ons een heroverweging te maken en na te denken over ons begrip en onze houding ten aanzien van de dood als een gegeven, menselijke conditie, maar

eveneens over hoe wij omgaan met mensen die het einde van hun leven naderen. Het brengt ook met zich mee dat dood, voor een groot deel, plaatsvindt als het gevolg van een expliciete medische en klinische beslissing met het oog op behandeling en goede gezondheidszorg, bijvoorbeeld te stoppen met of het onthouden van behandeling, of het intensiveren van pijnbestrijding. In tegenstelling met het traditionele gezegde, dat we alleen weten *dat* we zullen sterven, maar niet wanneer of hoe, is dit *wanneer* in toenemende mate afhankelijk geworden van beslissing en beïnvloeding.

Uiteraard confronteert dit het personeel in de gezondheidszorg, de patiënten, hun familieleden en adviseurs in de concrete klinische praktijk met een aantal moeilijke dilemma's om tot verantwoorde beslissingen te komen, bijvoorbeeld wanneer en onder welke omstandigheden er afgezien dient te worden van verdere medische behandeling. In toenemende mate worden deze vragen geplaatst in het bredere kader met betrekking tot hoe goede zorg verleend kan worden aan deze patiënten die de dood naderen, en niet alleen hoe hun leven verlengd kan worden. In toenemende mate wordt ervan uitgegaan dat goede zorg voor een stervende niet alleen pogingen omvat het leven zoveel mogelijk te verlengen, maar eveneens de beslissing wanneer het afzien van behandeling gerechtvaardigd is. Groeiend onderzoek en de toegenomen kennis betreffende de praktijk en voorrang voor zorg aan de stervenden hebben tevens het interdisciplinaire karakter benadrukt. Goede zorg bestaat niet alleen uit medische behandeling en pogingen tot genezing, maar moet aandacht geven aan meer dan fysieke en lichamelijke behoeften van de patiënt, zoals goede pijnbestrijding, en ook aan psychologische behoeften, sociale en relationele zaken, evenals aan spirituele kwesties en noden. Kortom, er is een toenemend bewustzijn dat de situatie aan het einde van het leven, die in toenemende mate plaatsvindt in medische en klinische omgeving, niet alleen curatieve inzet maar ook zorgende activiteit behoeft. Dus, in bepaalde omstandigheden zouden pogingen tot genezing gestaakt kunnen worden ten gunste van zorg, en dat zorg een groot gebied van het menselijk leven moet bestrijken, niet alleen het lichamelijke deel.

2.3 Wettelijke en politieke aspecten

Nu sterven en dood in toenemende mate plaatsvinden in de context van instituten voor gezondheidszorg, worden ze eveneens in toenemende mate onderwerp van wetgeving en politiek bestuur. Er is echter een groot verschil onder de Europese landen in de manier waarop klinisch handelen/praktijk gereguleerd is en op welk niveau.

In 2002 werd in Nederland de wet op levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (revisie) aanvaard. Volgens deze wet kan afgezien worden van de vervolging van een arts die euthanasie heeft gepleegd of hulp bij zelfdoding, op voorwaarde dat een raad van toezicht vaststelt dat de handeling is gedaan overeenkomstig bepaalde criteria, plus dat de patiënt ondraagbaar en onherroepelijk lijdt en dat er een aanhoudend en vrijwillig verzoek om euthanasie is. Tenzij aan deze voorwaarden wordt voldaan, is euthanasie evenals hulp bij zelfdoding een delict. De straffen daarop zijn zelfs verhoogd.

De Belgische Wet op euthanasie die aanvaard werd in mei 2002, stelt dat de arts die euthanasie pleegt geen overtreding begaat mits aan bepaalde voorwaarden is voldaan, voorwaarden die minder streng zijn dan in

Nederland¹. Een vrijwel gelijke wet is in maart 2009 aangenomen in Luxemburg, die eveneens stelt dat artsen die euthanasie plegen of assisteren bij zelfdoding mits voldaan is aan bepaalde voorwaarden (gelijk aan de voorwaarden genoemd bij de Belgische wet) niet vervolgd dienen te worden.

In Zwitserland is doden op verzoek verboden, maar iemand hulp bieden bij zelfdoding is alleen een delict wanneer dat gedaan wordt uit eigenbelang. Dit impliceert dat indien kan worden vastgesteld dat deze hulp werd ingegeven door goede bedoelingen om een verzoek tot sterven ten uitvoer te brengen om lijden te lenigen en niet voor eigenbelang, dit geen delict was en niet vervolgd dient te worden. Volgens deze bepaling verlenen organisaties als EXIT en DIGNITAS wettelijk hulp bij zelfdoding in Zwitserland. De Zwitserse academie van medische wetenschap wijst nog steeds de betrokkenheid van artsen bij de zelfdoding van ernstig zieke mensen af, maar stemt ermee in dat er individuele gevallen zijn waar onenigheid over kan bestaan en waar artsen tot een andere beslissing kunnen komen.

In Duitsland is zelfdoding met de hulp van iemand anders ook geen delict, maar er zijn bepaalde voorwaarden met betrekking tot de afwezigheid van manipulatie van toepassing en dat de plicht tot het redden van een mens in nood niet is verwaarloosd.

In andere Europese landen zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding verboden (zoals in Verenigd Koninkrijk, Noorwegen), of de wetgeving zwijgt erover of verbiedt het indirect door andere wetgeving. In verschillende landen is er een aanzienlijk openbaar en politiek debat dat tot op zeker hoogte wordt aangezwengeld door zaken met veel media-aandacht. In het Verenigd Koninkrijk heeft de zaak van Diane Pretty veel debat opgeroepen, zelfs tot in het Europees Hof van de Rechten van de Mens, en onlangs werd voorgesteld de zaak Debbie Purdy als aanleiding te nemen voor het voorstellen van een wijziging in de wettelijke situatie in Engeland om een opening te bieden voor hulp bij zelfdoding. De recente kwestie van Debbie Purdy wordt door velen gezien als omslagpunt voor de situatie. Eerder dit jaar heeft de hoogste rechterlijke instantie van het Verenigd Koninkrijk het besluit genomen dat het feitelijk een schending van de mensenrechten was dat de openbare aanklager Debbie Purdy (een patiënte met progressieve MS) en haar man niet precies kon zeggen volgens welke criteria haar man zou worden vervolgd voor het verlenen van hulp bij haar zelfdoding en daarom niet kon zeggen of hij wel of niet zou worden vervolgd. Het Hogerhuis besloot dat de criteria voor vervolging van iemand die had geassisteerd bij zelfdoding precies geformuleerd dienen te worden. Een paar jaar geleden kreeg de zaak Vincent Humbert veel aandacht en leidde uiteindelijk tot wetgeving met betrekking tot het afzien of onttrekken van behandeling die het leven in stand houdt. In Italië werd Eluana Englaro, een patiënte die al in een voortdurende vegetatieve staat verkeerde, overgeplaatst naar een andere medische voorziening waar men, in tegenstelling tot de instelling waar ze in eerste instantie was opgenomen, op verzoek van haar vader de sondevoeding staakte hetgeen binnen een paar dagen tot haar dood leidde. Deze situatie veroorzaakte een hevig debat of dit soort zorg met leveninstandhoudende maatregelen wel acceptabel is.

Andere landen hebben minder politieke druk in de richting van het legaliseren van euthanasie (bijvoorbeeld Duitsland, Denemarken en Noorwegen), maar er is wel veel debat en wetgevend werk met betrekking tot

¹ De patiënt moet wettelijk handelingsbevoegd en bij bewustzijn zijn op het moment van het verzoek, niet minderjarig en moet een vrijwillig, weloverwogen en herhaaldelijk verzoek hebben ingediend, dat niet het resultaat is van druk van buitenaf, in een toestand van aanhoudend en ondraaglijk lichamelijk of geestelijk lijden dat niet kan worden opgeheven, ten gevolge van een ongeneeslijke kwaal ten gevolge van ziekte of ongeval. De arts dient met een collega te overleggen en een nationale/federale controle- en evaluatiecommissie is ingesteld om te evalueren of de gevallen die door de artsen worden gemeld met de voorwaarden voor niet-vervolgung overeenstemmen.

andersoortige beslissingen omtrent het levenseinde, zoals wetgeving rondom de status van wilsbeschikking of de ontwikkeling van richtlijnen voor levensverlengende maatregelen bij ernstig zieke of stervende patiënten (Duitsland, Oostenrijk, Noorwegen).

In andere Europese regio's is de situatie echter totaal anders, zowel in wettelijk als geestelijk opzicht. In Roemenië bijvoorbeeld, is er geen wetgeving met betrekking tot euthanasie en hulp bij zelfdoding en er is, hoofdzakelijk in verband met culturele en religieuze redenen, evenmin veel debat rondom deze kwesties. Op dit moment zijn er geen wetsontwerpen en de medische raad en vereniging hebben geen debat geïnstigeerd. In de context van hospices lost men het probleem van hulp bij zelfdoding in voorkomende gevallen concreet en regionaal op. De impulsen die hieruit voortvloeien genereren weinig belangstelling, waarschijnlijk omdat het algemene idee is dat sterven thuis, binnen het gezin, plaatsvindt. Cultuur en religie blijken een belangrijke rol te spelen aangezien dood eerder beschouwd wordt in sociaal perspectief en als sociaal fenomeen, dan individueel en institutioneel. Doodgaan is een familiekwestie en daarvan afgeleid een kwestie voor maatschappij en kerk. In die zin is de Roemeense situatie totaal verschillend van het discours in West-Europa.

In de wet van de Tsjechische Republiek wordt euthanasie niet genoemd. Toegegeven, de wet van 2004 bevatte een korte paragraaf over dit onderwerp waarmee bedoeld werd te zeggen dat dit een misdrijf is, maar de definitieve versie van de wet (nr. 40/2009) bevat dit onderwerp niet, hetgeen inhoudt dat euthanasie wettelijk wordt beschouwd als moord. In 2008 werd een voorstel voor de legalisering van euthanasie behandeld in het Tsjechische Parlement. Het was een initiatief van een klein aantal parlementsleden, maar er kwam niet eens goedkeuring voor een discussie in de plenaire vergadering. Uit peilingen van de publieke opinie blijkt dat de meerderheid van de bevolking (55-60 procent) neigen naar het toestaan van euthanasie, terwijl een minderheid van 25-30 procent er sterk tegen is. De artsen zijn er bijna unaniem tegen. Euthanasie is niet echt een onderwerp in het openbaar debat, alleen wanneer incidenteel initiatieven van belangengroeperingen – voor of tegen – zich voordoen.

Kortom, in Europa worden we met een heel gevarieerde situatie geconfronteerd. In verschillende delen van Europa, evenals op het niveau van de Europese instituties, veroorzaken de dilemma's met betrekking tot de beslissingen over het levenseinde in de medische en klinische praktijk aanzienlijk politiek en wettelijk debat. In andere delen, in het bijzonder in Centraal- en Oost-Europa, is er nauwelijks wetgeving, weinig publiek debat en weinig druk om deze zaken te wettelijk te regelen en worden deze zaken grotendeels beschouwd als zaken van gezin en gemeenschap, dan van het individu en de publieke instituties.

Het onderwerp staat geagendeerd op pan-Europees niveau. In 1999 aanvaardde de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa een aanbeveling voor de bescherming van menselijk leven en de waardigheid van de terminaal zieken en stervenden². Centraal in dit document staat de vraag hoe ver het recht op zelfbeschikking, dat ook van toepassing is in de laatste fase van het leven, reikt en in hoeverre dit beperkt wordt door het recht op leven, dat het verbieden van enig opzettelijk doden omvat (Artikel 2 van de Europese Conventie voor de Bescherming van de Mensenrechten). Een initiatief binnen de Raad van Europa heeft getracht deze aanbeveling uit 1999 te herroepen en te vervangen door een document, dat hoewel het de behoefte aan verbeterde palliatieve geneeskunde benadrukt, ook pleit voor het recht op euthanasie en

² Bescherming van de mensenrechten en waardigheid van de terminaal zieken en stervenden (Aanbeveling 1418 [1999]).

medische hulp bij zelfdoding³. Echter, in 2003 werd dit voorstel van de Commissie voor sociale-, gezondheids- en gezinszaken scherp afgewezen door Commissie van de Raad van Europa over Wettelijke Aangelegenheden en Mensenrechten en bevestigde haar voorzitter, Dick Marty, de aanbeveling aan de Raad van Europa uit 1999⁴ opnieuw.

2.4 Euthanasie in de historische context van het Duitse nationaalsocialistische regime

Het nationaalsocialistische regime in Duitsland voerde zogenaamde “euthanasie-programma’s” in, waarbij verstandelijk- en lichamelijk gehandicapten systematisch om het leven werden gebracht. Tijdens het huidige debat worden deze programma’s soms gebruikt om te waarschuwen tegen euthanasie als de bedreiging van de unieke en gelijke waardigheid van alle menselijk leven. Het is van het grootste belang om wantoestanden uit het verleden in medische en wettelijke instituten niet te vergeten; ze in herinnering te brengen brengt de essentiële en onontbeerlijke waarden en normen in beeld die de hedendaagse instituten en praktijken in ere moeten houden.

De Duitse nationaalsocialistische euthanasie-programma’s moeten echter niet verward worden met wat tegenwoordig besproken wordt onder het hoofdstuk euthanasie. Dat was het door de staat georganiseerde, systematische vermoorden van mensen, zonder of tegen hun wil, gebaseerd op de evaluatie van de overheid dat sommige levens onwaardig waren om geleefd te worden, of nadelig voor de genetische samenstelling van de maatschappij. De huidige discussie betreft het wettig beëindigen van iemand’s leven op zijn of haar uitdrukkelijk verzoek, gebaseerd op de eigen evaluatie van het leven van de persoon in kwestie, als zijnde ondraaglijk op grond van ziekte en pijn.

³ Euthanasie (Document 9898 van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa), 10.9.2003.

⁴ Document 9923 van de Parlementaire Vergadering van de Raad van Europa, 23.9.2003.

3 Begrenzing van het onderwerp II: Oecumenisch

Een protestantse discussie over euthanasie moet ook rekening houden met hoe de leden van de Conferentie van Europese Kerken (CEC) en de Europese Bisschoppen Conferentie (CCEE) zich hebben verplicht tot samenwerking bij ethische kwesties, inclusief besluiten over het levenseinde. Christelijke kerken staan voor de taak om het smalle pad te vinden tussen de gebruikelijke christelijke antwoorden die de maatschappij vormgeven en het confessionele stempel van de ethische standpunten in de discussies rondom het levenseinde. Kerken (zoals de Protestantse Kerk in Duitsland, de Duitse (rooms-katholieke) bisschoppenconferentie en de oecumenische raad in Oostenrijk) tonen hun oecumenische eenheid zonder hun onderscheidend karakter te verbergen.

De standpunten van de Rooms-Katholieke Kerk bij de behandeling van de vragen van het levenseinde trekken de aandacht op grond van de homogeniteit van de gedachtegang. Centraal staat altijd de visie dat euthanasie moord is, hetgeen absoluut verboden is als een handeling tegen de natuur en tegen God's wet. Vormen van passieve en indirecte euthanasie worden hiervan onderscheiden door te worden uitgelegd als uitzonderingen. Dus ondanks de fundamentele overeenstemming met de behoeften van de protestantse kerken, is er een duidelijk verschil in de officiële katholieke positie met betrekking tot de strekking: er wordt een optimistische opvatting van de mensheid voorondersteld. Dienovereenkomstig kunnen gelovigen zichzelf oriënteren aan de goddelijke wil door middel van hun verstand en kunnen zij dus geen euthanasie wensen. Bovendien kan, vanuit Rooms-Katholiek standpunt, een mogelijke betekenis worden toegekend aan het ondergaan van lijden omdat het op een bijzondere wijze verbonden is met het lijden van Christus. Vanuit oecumenisch perspectief komt het katholieke standpunt met deze opvatting duidelijk dicht bij het Orthodoxe standpunt en dat van de Onafhankelijke Kerken door zijn onherroepelijke en definitieve oordeel. Nog maar kort geleden hebben zowel de Orthodoxe als de Onafhankelijke Kerken intensief deelgenomen aan de discussie rond euthanasie. In het verleden leidde de duidelijker gemarkeerde scheiding tussen geloofsleven en sociale vraagstukken ertoe dat deze kerken zeer terughoudend waren in het geven van publieke verklaringen.

Hiertegenover kunnen en moeten de protestantse kerken een eigen stem inbrengen in de oecumenische discussie. Hoewel een veelvoud van ethische oordelen niet vreemd is aan het protestantse geloof, noch een gevaar daarvoor vormt, lijkt het nauwelijks verkeerd te wijzen op de basiskenmerken die gekristalliseerd zijn uit een groot aantal protestantse standpunten, verklaringen en individuele posities, die de worstelingen rondom het levenseinde behandelen.

4 Theologisch en ethisch kader

Dit document verklaart te zijn gebaseerd op het theologische en ethische kader dat voorheen is overeengekomen door de CPCE-lidkerken en neergelegd in documenten zoals de “Protestantse teksten op ethische besluitvorming” (Leuenbergse Vereniging van Kerken 1997), en “Wet en Evangelie” (Gemeenschap van Protestantse Kerken in Europa 2007).

4.1 Menselijk leven: geschapen naar het beeld van God

Fundamenteel voor een christelijke, protestantse visie op menselijk leven is het idee dat mensen in principe worden bepaald door hun relatie met God. Geschapen, gerechtvaardigd en herboren zijn door God's liefdevol handelen is datgene wat uiteindelijk beschrijft wat het is om mens te zijn. Tengevolge daarvan wordt de unieke status van de mens als een intrinsieke en absolute waardigheid ook gekenmerkt door iets dat buiten het menselijk leven zelf ligt, namelijk in zijn relatie tot een externe realiteit. Dit ligt tevens besloten in de fundamentele beeld van het menselijk leven als geschapen naar het beeld van God, met als uiteindelijk doel een nieuw leven verenigd met de opgestane Christus, dit alles gegrondvest op God's liefdevolle daden ten behoeve van mensheid en schepping.

Dit impliceert ten eerste dat het leven gegeven is door God, en niet verworven door een daad van menselijk vermogen of macht. Soms wordt de zegswijze 'leven als gave' gebruikt om deze dimensie ten uitdrukking te brengen. In deze metafoor ligt besloten hoe het leven wordt toebedeeld, zonder overweging van verdienste, om in dankbaarheid te worden ontvangen. Maar in tegenstelling met andere associaties die door dit besef worden gewekt wordt het leven niet het eigendom van de mens om vrijelijk afstand van te doen. In plaats daarvan wordt het de verantwoordelijkheid van de mensen om het respectvol te beschermen, lief te hebben en te verzorgen. Wij zouden echter een behoorlijke vergissing maken de status van het menselijk leven als beeld van God te verstaan als een morele opdracht. Integendeel, in de protestantse traditie is het essentieel dat het beeld van God zijn gegrondvest is op God's schepping en daardoor uitsluitend de gave van God. De leer van rechtvaardiging door het geloof onderstreept verder dat de status van de mens als gerechtvaardigd in relatie met God, een status door God gegeven vanuit Zijn liefde en gegrondvest op de dood en verrijzenis van Christus. Het is niet iets dat voortkomt uit menselijke verantwoordelijkheid of van een menselijke, morele prestatie. Dit is tevens van toepassing voor de morele kwesties die in deze tekst aan de orde komen. Het is niet op grond van een geslaagde of mislukte morele verhandeling en praktijk dat christelijke gelovigen hun status baseren of handhaven als beeld van God en gerechtvaardigd door God, maar uitsluitend door het ontvangen van de gaven van leven en vergeving door God's liefde.

Geschapen zijn naar het beeld van God getuigt van de unieke status en waardigheid van het menselijk leven, dat weergegeven wordt in Bijbelse teksten zoals Psalm 8. Deze waardigheid is niet afhankelijk van de waarde die we daarin kunnen vinden of daaruit af kunnen leiden. Het gaat alle fysieke en bestaanswaarde die afgeleid wordt van menselijke kracht en voorkeur te boven.

De leer van de reformatie geeft prachtig weer hoe God's schepping van het menselijk leven geschiedt in en door de verschillende concrete manieren dat leven in stand wordt gehouden en gekoesterd. De natuur is de

bakermat van het leven en constante bron van vernieuwing; nauwe relaties met andere mensen zijn een essentieel onderdeel van het voortdurende bloeien en overleven van het leven; gesitueerd zijn in een cultuur en sociaal uitgerust met taal, in een samenwerkingsmodel en instituties voorziet in de noodzakelijke middelen niet alleen voor het leven in een gemeenschap met anderen, maar ook voor zelfreflectie en zelfontplooiing. Dit getuigt van de fundamentele afhankelijkheid van menselijk leven. Afhankelijk zijn van factoren die buiten de controle en beheer van de mens liggen is een onontkoombare en essentiële dimensie van menselijk leven. Er is geen verschil of tegenspraak tussen de waardigheid van menselijk leven en de fundamentele afhankelijkheid van menselijk leven. Er is inderdaad een intrinsieke en intieme verbinding tussen die twee in de zin dat de wezenlijke waardigheid onontkoombaar verbonden is met zijn afhankelijkheid, met het niet-zijn van het zelfverworven product van de eigenmacht van de mens.

Dit onderstreept eveneens het in wezen relationele karakter van menselijk leven. Dat het menselijk leven existeert en gedijt door relaties is niet alleen een voorwaarde voor ons bestaan. Het is een bestanddeel van de constitutie van menselijk leven, verankerd in de relatie met God. Deze fundamentele relatie wordt weerspiegeld in het netwerk van relaties van het concrete menselijke individu, misschien het meest fundamenteel met de biologische ouders, maar ook in een veelheid van verschillende relaties met familie, bloedverwanten, met vrienden en collega's, met mensen in de plaatselijke omgeving enz. Al deze relaties, waarvan de concrete vorm enorm verschilt per individu zijn essentieel voor het leven zoals wij dat ontvangen, bronnen van vreugde en dankbaarheid, maar ook van verlies en frustratie. Het is van belang deze fundamentele rol van relationaliteit van het menselijk leven ook in gedachten te houden en te onderzoeken wanneer wij ons bezighouden met de zaken die het einde van het leven betreffen.

4.2 Morele verantwoordelijkheid:

reageren op God's liefdevolle daden van schepping en verlossing

De morele verantwoordelijkheid van de mens is gebaseerd op God's liefdevolle daden voor de wereld en het menselijk leven in schepping en verlossing. De meest fundamentele relatie van de mens met God is die van het ontvangen van God's gaven in de schepping en rechtvaardiging, en niet een van morele verantwoordelijkheid. Maar uit het ontvangen van deze gaven volgt verantwoordelijkheid, een verantwoordelijkheid jegens God. In wezen worden de mensen gedefinieerd naar hun relatie met God en niet door hun relaties tot wereldse autoriteiten of instituten en het is uiteindelijk aan God dat mensen verantwoording afleggen. Deze verantwoordelijkheid tegenover God echter, wordt naar behoren uitgevoerd door het nemen van verantwoordelijkheid voor wereldlijke zaken, bijvoorbeeld binnen maatschappelijke instellingen, beroepen en autoriteiten. God's scheppend en verlossend handelen in de wereld als uitgangspunt voor morele verantwoording houdt in dat waarde en goedheid uiteindelijk voortkomen uit God's liefde, niet uit menselijke kracht of wil. Waarde vloeit niet voort uit de menselijke activiteit van waardering. De leer van rechtvaardiging door het geloof herinnert gelovigen eraan dat verwerving van het uiteindelijke doel en rechtvaardiging van het menselijk leven en de constitutie van een liefdevolle relatie met God, de transcendente grondslag van ons leven, niet gezocht moet worden in ethische en morele successen of mislukkingen. God's gave van vergeving ontlast het menselijk leven van de plicht zichzelf te redden door goede werken en daden en het te bevrijden: vrij van de last zichzelf te moeten realiseren en vrij het aardse welzijn van de naaste te dienen in liefdevolle verantwoordelijkheid. Dat de mens in principe vrij is, is echter geen equivalent van

zelfbeschikking, maar inherent verbonden met de verantwoordelijkheid voor het eigen leven en voor het leven in relatie met anderen. Zo onderstreept het protestantse standpunt de onlosmakelijke band die gevormd wordt door de drie-eenheid van verantwoordelijkheid, vrijheid en liefde.

Bij de overweging hoe zij zich van deze plicht kan kwijten baseert de protestantse traditie zich op verschillende bronnen van moreel inzicht en verschillende morele dimensies. Hoewel deze soms als alternatieven worden aangemerkt, worden ze in "Protestant Texts on Ethical Decision-making" als aanvulling op elkaar opgenomen. Aan de ene kant erkent de protestantse traditie het menselijk praktisch inzicht en de uitdrukking daarvan in gedeelde morele waarden en normen evenals collectieve praktijken van morele communicatie en overwegingen, als een belangrijke bron van authentiek moreel inzicht en basis voor samenwerking over de grenzen van geloof, cultuur en traditie heen. Theologisch wordt dit dikwijls verbonden met het idee van God's tweevoudige heerschappij (tweerijken-leer), dat God de wereld ook door de wet regeert, door middel van vele soorten van menselijke sociale, politieke en culturele praktijken die een levensvatbare menselijke gemeenschap dragen en verzorgen. Aan de andere kant nodigt de protestantse traditie ons uit de realiteit en het menselijk bestaan te zien in het licht dat voortkomt uit het verlossingswerk van Christus en de belofte die door het evangelie wordt ingeluid. Zo weigert zij de autonomie of deugd van enige wereldlijke orde die door menselijke praktijk of morele inzet is geschapen te verabsoluteren. Dit is theologisch gebaseerd op de heerschappij van Jezus Christus en de daaruit voortkomende vernietiging van de macht van het kwaad, zoals verkondigd in het Evangelie (vgl. Leuenberg Church Fellowship 1997: 25-37).

Het feit dat mensen op deze manier verantwoordelijk zijn in relatie tot God, en daarom als vrij moeten worden aangemerkt, houdt in dat zij moeten worden aangemoedigd hun mogelijkheden in te zetten om zich van deze taak te kwijten voor hun eigen leven en met betrekking tot het leven van anderen. Tevens zijn mensen met het oog op ethische en morele beslissingen in principe verantwoording verschuldigd aan God en moeten hun eigen oordeel vormen in persoonlijke verantwoordelijkheid aan God (vgl. CPCE Law and Gospel: 285).

Binnen dit kader zijn bepaalde elementen uit de christelijke traditie en verhalen bijzonder relevant voor het verstaan en interpreteren van de realiteit van het levenseinde en voor de bezinning over concrete vragen en dilemma's op dit gebied.

4.3 Menselijk leven: recht op bescherming

Uit het respect voor de waardigheid van iedere mens en uit het feit dat mensen gemaakt zijn naar het beeld van God volgt de fundamentele plicht het menselijk leven te beschermen. Menselijk leven moet beschermd worden tegen vernietiging, inbreuk en geweld in alle stadia van conceptie tot dood. Een mens geweld aandoen en schade berokkenen is tegenstrijdig met de unieke waardigheid die bepalend is voor het menselijk leven. Deze plicht om te beschermen tegen vernietiging en schade betreft niet alleen het fysieke menselijk leven, maar betreft ook de mens als een persoon met een levensloop. De plicht menselijk leven te beschermen omvat daarom de bescherming en het respecteren van die aspecten van het menselijk leven en de persoonlijkheid die ons in staat stellen een biografische levensloop te vormen en onze verantwoordelijkheid uit te oefenen ten opzichte van anderen en God, zoals autonomie en zelfbestemming.

De verplichting zorg te dragen voor mensen in nood en kwetsbaarheid is in het bijzonder van toepassing aan de grenzen van het leven. Dit is helder uitgedrukt in de traditionele uitdrukking *in dubio pro vita* – bij twijfel voor het leven: dit principe stemt overeen met christelijk geloof en praktijk en is ingebed in Gods gebod, “Gij zult niet doden.” Deze basisplicht iemands leven te beschermen houdt echter niet de verplichting tot leven tegen elke prijs van die persoon in, noch is het een legitimatie van dwang van patiënten om een behandeling te krijgen of hen het recht om af te zien van verdere behandeling te onthouden. Het leven uiteindelijk te erkennen als een gave brengt ook de erkenning en acceptatie van de eindigheid van het leven met zich mee, in tegenstelling tot het pogen de grenzen en het eindige karakter ervan te overwinnen.

4.4 Zorg en medeleven voor de zieken en stervenden

De zorgplicht en de deugd van medeleven met andere mensen, in het bijzonder met degenen in nood, zijn altijd essentieel geweest voor christelijk leven en vanaf het eerste begin kernonderdelen van christelijke moraal. De brieven van Paulus bevatten verschillende verhalen over hoe een christelijk leven zou moeten zijn en hoe daarin voorrang gegeven moet worden aan idealen als zorg en medeleven. In het leven van Christus vinden gelovigen voorbeelden voor een leven dat concrete zorg en medeleven besteed aan mensen in nood, de armen, de zieken, de alleenstaanden, degenen die aan de rand van de samenleving en de menselijke gemeenschap staan. Zijn zorg richt zich rechtstreeks op de verschillende dimensies van menselijk leven in nood: de fysieke dimensie door de hongerigen te eten te geven en de zieken te genezen, de relationele dimensie door de uitgestotenen en gemarginaliseerden uit te nodigen binnen de broederschap en gemeenschap en de geestelijke dimensie door het bieden van troost aan hen die wanhopig zijn.

Dit beeld van christelijk leven, vormgegeven door Jezus Christus en beschreven door Paulus, onderstreept de verantwoordelijkheid van zorg voor de ernstig zieke en stervende mensen. Dit is een belangrijk onderdeel geweest van de christelijke moraal, in tegenstelling tot de omringende oude hellenistische tradities is het christendom toegewijd aan zorg voor de zieken, ook wanneer genezing of leniging niet langer mogelijk is. Dit wordt ingegeven door de hoge positie van ieder mens als bemind door God en door het voorbeeld en ideaal dat Jezus zijn volgelingen naliet – zich te bekommeren om en te zorgen voor de zieken en kwetsbaren.

In overeenstemming met deze visie hebben grootschalig onderzoek, opleidings- en trainingsprogramma's over zorg aan het levenseinde de laatste jaren het interdisciplinaire karakter daarvan onderstreept en de behoefte tegemoet te komen aan alle betrokken dimensies van het menselijk leven.

Zorg voor de stervenden omvat het zorgen voor de fysieke en lichamelijke behoeften, ook wanneer genezing niet langer mogelijk is en er geen zicht is op medische behandeling om de medische situatie te verbeteren. Dit omvat effectieve pijnbestrijding om de patiënt zoveel mogelijk vrij van lichamelijke pijn en ongemak te houden, en de verlichting van alle fysieke symptomen die ongemak veroorzaken, zoals ernstige misselijkheid, benauwdheid, jeuk, doorliggen enz. Maar het is even belangrijk om aandacht te besteden aan de andere dimensie van het leven van de patiënt die leed veroorzaken bij ernstige ziekte en aan het levenseinde: psychologisch lijden zoals angst, onrust en depressie, verlies van verstand en bedoeling, problemen bij het onderhouden van relaties en de band met familie, verwanten en vrienden, evenals het vinden van de eigen

plaats in de samenleving; geestelijke nood met betrekking tot het omgaan met de ultieme hoop en geloof in het leven. De kerken zijn bij al deze dimensies van zorg en medeleven betrokken. Dikwijls hebben zij diaconale gezondheidszorg instellingen en palliatieve instituten, zijn er programma's opgezet voor ernstig zieken en ouderen die thuis wonen en wordt er pastorale zorg verleend aan degenen die opgenomen zijn in zieken- of verzorgingstehuizen. Door dit te doen, komen zij niet alleen tegemoet aan de fysieke en medische behoeften van de ernstig zieken en de stervenden, maar bieden zij ook geestelijke begeleiding en troost. Door hun rijke liturgische en rituele taal en gebruiken zijn kerken en predikanten in staat begeleiding te bieden aan de zieken die in andere behoeften voorziet dan de lichamelijke en geestelijke. Door de gebeden, Bijbellezingen en liederen van de christelijke gemeenschap zijn zieken en stervenden wellicht in staat hun ervaringen en gevoelens van pijn, wanhoop en zinloosheid te uiten, maar ook vertrouwen en geloof om daarin troost en geestelijke kracht te vinden. Sommigen vinden wellicht kracht door deel uit te maken van de hoop die uitgaat boven de dood, gebaseerd op de belofte die de kerk en alle gelovigen draagt.

Een multidisciplinaire en holistische benadering van palliatieve zorg die zich niet alleen beperkt tot terminaal zieke patiënten wordt expliciet bevestigd in de definitie van de WHO: "Palliatieve zorg is een benadering die de levenskwaliteit van de patiënten en hun families die geconfronteerd worden met de problemen van een levensbedreigende ziekte verbetert door het voorkomen en verlichten van lijden door middel van vroege herkenning en correcte beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen – fysiek, psychologisch en spiritueel." (World Health Organisation 2007: 3). De definitie gaat verder met het concretiseren van de diverse aspecten van palliatieve zorg, waaronder

- Bestrijding van pijn en andere symptomen
- Validatie van het leven en het beschouwen van het sterven als een normaal proces
- Verhaasting nog uitstel van de dood
- Integratie van psychologische en geestelijke aspecten van de patiëntenzorg
- Ondersteuning van patiënten om tot de dood zo actief mogelijk te leven
- Ondersteuning bieden om families te helpen bij de verwerking van de ziekte van de patiënt en hun verlies
- Verbetering van levenskwaliteit

Palliatieve zorg in het algemeen en goede zorg voor stervenden in het bijzonder omvat dus een aantal vaardigheden, competenties en disciplines.

Dit basisoverzicht van morele verantwoordelijkheid, de unieke status en waardigheid van menselijk leven en de plichten en idealen van zorg en medeleven voor de mensen in nood leveren een interpretatief kader waardoor meer specifieke kwesties betreffende het levenseinde onderzocht en besproken kunnen worden. Toch vloeien de uiteindelijke en definitieve oplossingen niet automatisch voort uit dit interpretatieve kader. Antwoorden op specifieke vragen kunnen beter ontwikkeld worden door een proces van dialoog, waarbij de concrete realiteit met dit interpretatieve kader in onderling gesprek wordt gebracht.

4.5 Respect voor de patiënt

Hieruit volgt dat het respect voor de persoon, die door een ernstig ziekteproces gaat en niet alleen geconfronteerd wordt met ernstige lichamelijke pijn, maar ook met psychologische belasting evenals existentiële en spirituele pijn en aandoeningen te maken heeft, het belangrijkste aandachtspunt en focus moet zijn. De protestantse traditie leert ons dat wij ons niet met onze eigen morele perfectie, successen of fouten moeten bezighouden, maar moeten streven naar en investeren in de dienst aan de naaste, vanuit de liefde die de Heer ons opdraagt. Daarom kunnen abstracte bezinning en overwegingen over fatsoensregels, idealen en normen in relatie tot de kwesties rondom het levenseinde nooit doel op zichzelf zijn, maar zijn ze alleen van belang voor zover ze een beter begrip en kritisch onderzoek opleveren van wat het in een concrete situatie betekent de naaste in verantwoordelijke liefde te dienen. Het onontkoombare kader en de focus van onze afwegingen moeten altijd het respect voor en in dienst van de naaste zijn. Deze oproep tot liefdevol respect voor de naaste gaat uit van aandacht voor de naaste, erkenning van de uniciteit van zijn of haar levensloop, relaties en zelfinzicht. Respect voor de naaste vereist dat men hem of haar niet reduceert tot zijn of haar ziekte, tot resterende levensverwachting, tot fysieke conditie of functionaliteit, tot familiale of sociale status. De essentiële opvatting binnen onze protestantse traditie is dat de mens niet gereduceerd kan worden tot zijn of haar eventuele conditie, zelfs niet een ernstige ziekte, angst, door conflicten bepaalde relaties of gevoelens van eenzaamheid en verlatenheid.

Respect voor de ander vraagt daarom altijd het bewustzijn van het unieke karakter van dat speciale leven. Mensen verzoenen zich op heel verschillende manieren – of niet – met hun fysieke lijden en nabije dood. Ze betrekken hun naaste familie en relaties erbij, of doen dat niet zodat ze door perioden van ernstige ziekte zonder intieme en nauwe relaties moeten doormaken. Ze krijgen op verschillende manieren te maken met de kwetsbaarheid die hoort bij ernstige ziekte en het naderen van de laatste fasen van het leven. Het door de naastenliefde vereiste respect voor de ander dat de naastenliefde generalisatie en het standaardiseren van persoonlijke levensloop dient te vermijden en hoe het is om door tijden van ernstige of terminale ziekte te gaan, worstelend met fysiek, mentale of spirituele angst. Het moet aandacht hebben voor het concrete menselijke individu. Dit houdt in dat er aandacht gegeven wordt aan hoe het leven van deze persoon is ingebed in en beïnvloed door relaties of het verlies van relaties en hoe deze dimensie van het leven het mogelijke accepteren van de ziekte en dood beïnvloedt. Het brengt het serieus nemen en uitdrukking geven aan de vele en tegenstrijdige emoties die bij zo'n toestand horen, zoals wanhoop, angst, verlies, hoop, verdriet, woede en rouw. Verder impliceert het aanwezig zijn en begeleiden in plaats van het alleenlaten van de persoon, ook wanneer hij of zij ervoor kiest om een levensweg te kiezen die niet noodzakelijkerwijs goedgekeurd of toegestaan wordt door de kerk. De roeping van de kerken en van de christenen om te zorgen voor en mee te leven met een persoon is niet afhankelijk van de morele aanvaardbaarheid van de keuzes of het karakter van deze persoon. Dit is vooral belangrijk wanneer de kerken opereren in een context met overweldigende steun voor praktijken en wetgeving die niet in overeenstemming zijn met wat de kerken beschouwen als de ideale en prijzenswaardige praktijk. In zulke situaties worden kerken, gemeenten en christenen uitgedaagd afwegingen te maken tussen hun roeping om trouw te zijn aan hun opvatting van goed menselijk leven en hun roeping om te zorgen voor en mee te leven met het concrete individu dat een andere visie heeft op wat een goed menselijk leven kan zijn. In zulke omstandigheden moeten kerken hun visies over een verantwoordelijk en fatsoenlijk leven niet verdedigen of verkondigen ten koste van het laten vallen van een mens in lijden en nood.

5 Onthouding/weigering van levensverlengende behandeling

5.1 Klinische context

In welke situaties is het goed af te zien of te stoppen met levensverlengende behandeling? Met deze vraag worden ernstig zieke of gewonde patiënten, hun familieleden en professionals in de gezondheidszorg dikwijls geconfronteerd. In ziekenhuizen en verzorgingstehuizen komt de vraag op in relatie met terminaal zieke patiënten, bijvoorbeeld degenen die lijden aan kanker of ernstige neurologische aandoeningen en in relatie met patiënten op leeftijd wiens gezondheidstoestand ernstig achteruit gegaan is. Het komt ook naar voren in relatie met patiënten die bijvoorbeeld als gevolg van ernstig hersenletsel ten gevolge van ziekte of trauma zich permanent en onherroepelijk in een staat van ernstig gereduceerde functionaliteit bevinden (zoals permanent comateuze patiënten of patiënten in een aanhoudend vegetatieve toestand), die ondanks dat met behandeling nog maanden of zelfs jaren zouden kunnen blijven leven.

Levensverlengende behandeling kan worden gedefinieerd als “elke behandeling en maatregel die de dood van een patiënt uitstellen”. Voorbeelden zijn hart-long machines, of andere vormen van ademondersteuning, kunstmatig toegediende voeding en vocht (intraveneus of door een voedingssonde), dialyse, antibiotica, chemotherapie⁵. Beschreven wordt een behandeling die het leven in stand houdt maar niet langer een geneeskundige functie heeft. Het stoppen met of afzien van dit soort levensverlengende behandeling is in principe een geaccepteerd en noodzakelijk element in de klinische medische praktijk, maar brengt ook moeilijke beslissingen en oordelen in relatie tot specifieke patiënten met zich mee. Onder christelijke kerken en binnen de christelijke ethiek is het eveneens breed geaccepteerd dat de plicht het menselijk leven te beschermen en te respecteren niet de plicht meebrengt altijd alles wat maar mogelijk is te doen om het leven te verlengen zolang als dat medisch gezien mogelijk is. Toch laat deze algemene mogelijkheid om af te zien van levensverlengende behandeling de vragen onbeantwoord met betrekking tot de omstandigheden en voorwaarden waaronder levensverlengende behandeling zou moeten worden voortgezet of beëindigd.

Juist deze vragen komen naar voren in situaties waar twijfel ontstaat of een voortgezette, levensverlengende medische behandeling de patiënt op enigerlei wijze goed doet, of dat het zinloos is en belastend. Een poging om te onderscheiden tussen verschillende indicaties voorafgaand aan verdere behandeling op grond van mogelijke zinloosheid of belasting voor de patiënt zou er als volgt kunnen uitzien:

- Patiënten, waarbij behandeling een moeilijk en pijnlijk stervensproces verlengt, bijvoorbeeld het uitstellen van de dood met enkele uren, dagen of een paar weken, maar waarbij de patiënt in een staat van pijn en ongemak zal verkeren die niet kan worden verlicht en waarbij er geen uitzicht is op een vorm van leven die de patiënt ten goede zou komen.

⁵ Deze definitie is afkomstig van een ontwerp voor nationale richtlijnen voor beslissingen met betrekking tot levensverlengende behandeling voor ernstig zieke en stervende patiënten, dat onlangs werd uitgebracht door het Noorse Directoraat van Gezondheid (Helsedirektoratet 2008). Hoe levensverlengende maatregelen gedefinieerd moeten worden is uiteraard een zaak van discussie. Zoals hieronder blijkt dat sommige (vooral Katholieke) standpunten voeding en vochttoediening uitsluiten als medische behandeling, maar dat definiëren als zorg die onder geen enkele omstandigheid kan worden ontzegd.

- Patiënten waarbij de behandeling een leven van kwelling en pijn verlengt, oftewel waar behandeling wellicht leidt tot overleving, maar met het vooruitzicht van een leven waarvan de fysieke en/of mentale consequenties zeer schadelijk voor de patiënt zullen zijn.
- Patiënten in een persistent vegetatieve status (PVS) (equivalent van het Duitse begrip “Wachkoma” – waak-coma), oftewel met uitgebreid en onherstelbaar hersenletsel. Hoewel vitale functies (ademhaling, circulatie en de mogelijkheid voedsel op te nemen) nog werken, zijn deze patiënten volledig afhankelijk van verpleging en er ontbreekt enig “zelf”-bewustzijn en de mogelijkheid tot interactie met anderen. Ze hebben wellicht perioden waarin ze hun ogen open hebben en hebben nog reflexen en reacties op pijn (daarom is dit iets anders dan hersendood, waarbij alle functies van de hersenen en de circulatie in de hersenen beëindigd zijn).
- Comateuze patiënten, oftewel zij die niet reageren op enige vorm van stimulatie, met gesloten ogen, geen zelfbewustzijn of van de omgeving. In leven zijnde comateuze patiënten blijven zelden langer dan 2 – 4 weken in deze toestand. Zo niet dan is de prognose dat de situatie onherstelbaar is en zonder perspectief op verbetering⁶.

5.2 Ethische discussie: indicaties voor onthouding/intrekking van behandeling

De belangrijkste punten van zorg met betrekking tot het afzien van levensverlengende behandeling zijn tweërlei: het ene is gerelateerd aan de beoordeling van de situatie of het type indicatie die het (niet) voortgaan met de behandeling zouden rechtvaardigen, het andere is gerelateerd aan besluitvorming – in het bijzonder het integreren van wil van de patiënt. De eerste punt van zorg roept vragen op die gerelateerd zijn aan de kwaliteit van leven en aan het potentiële verschil tussen zorg en behandeling.

Levenskwaliteit en afzien van levensverlengende behandeling

Een fundamenteel belang in de medische ethiek dat breed ondersteund wordt is het idee dat een zware, smartelijke, pijnlijke en ellendige behandeling alleen gerechtvaardigd is wanneer de last overtroffen wordt door het nut of het voordeel dat die voor de patiënt oplevert. Een uiterst belastende en pijnlijke behandeling die verhoudingsgewijs geen groter nut voor de patiënt oplevert is niet verdedigbaar. Dit principe is eveneens van toepassing op levensverlengende maatregelen aan het levenseinde, in die zin dat behandeling die alleen leidt tot aanhoudende pijn en ongemak voor de patiënt, maar verder geen enkel nut heeft voor de patiënt in de zin van genezing of pijnbestrijding moeilijk te rechtvaardigen is.⁷ Hiermee wordt een evaluatie voorondersteld van

⁶ Deze classificatie is genomen uit de voorgestelde richtlijnen voor levensverlengende behandeling door het Noorse Directoraat voor Gezondheid (Helsedirektoratet 2008)

⁷ Vgl. een aanbeveling voor palliatieve zorg opgezet door de Europese Commissie voor Gezondheidszorg, aanvaard door de Commissie van Ministers van de Raad van Europa stelt dat palliatieve zorg de dood niet verhaasten of vertragen moet en verlangt dat “beschikbare technologie van de moderne medische praktijk niet mogen worden toegepast om het leven onnatuurlijk te verlengen”, en dat “artsen niet verplicht zijn medische behandelingen voort te zetten die evident zinloos zijn en uitermate belastend voor de patiënt” (CoE Committee of Ministers 2003: no. 50). De aanbeveling gaat echter niet verder in op wat een “onnatuurlijke verlenging van het leven” zou zijn, of wanneer behandelingen “evident zinloos zijn en uitermate belastend” worden. Deze beslissingen worden voor verdere precisering overgelaten aan meer gedetailleerde richtlijnen, of aan klinische en medisch-ethische rechtspraak.

hoe behandeling de kwaliteit van leven van de patiënt in positieve of negatieve zin beïnvloedt, waarbij behandeling die resulteert in een lagere levenskwaliteit dan het afzien van behandeling zou opleveren problematisch is. Binnen christelijke ethiek en kerkelijke verklaringen is er een zekere aarzeling om te refereren aan levenskwaliteit, gebaseerd op het vermoeden dat het een claim zou kunnen opleveren dat een leven, dat onder een bepaalde grens komt, niet levenswaardig zou zijn. In de mate dat ze zo'n claim zouden kunnen opleveren, zijn discussies over levenskwaliteit inderdaad problematisch. Maar op dit punt wordt levenskwaliteit niet gebruikt om te beoordelen of een menselijk leven waardevol is of niet, maar of een bepaalde behandeling de moeite waard is (Keown 2002: 44). Het is geen beoordeling of een bepaald mensenleven niet waard is om geleefd te worden, maar een betoog dat in een bepaalde situatie de menselijke conditie niet wordt verbeterd, maar in feite verslechtert door het ontvangen van een bepaalde medische behandeling, vergeleken met het afzien daarvan en dat deze behandeling daarom onverantwoord is.⁸

Deze overweging geeft aan dat levensverlengende medische behandeling die de dood slechts met enkele dagen of een paar weken uitstelt, maar de resterende levensduur moeilijker en pijnlijker maakt dan die anders zou zijn geweest, zou moeten worden beëindigd of geweigerd. Het zou de patiënt niet alleen kunnen schaden door de pijn, het leed en ongemak die verbonden zijn aan intensieve medische behandeling te verergeren, het zou tevens, doordat de aandacht en resterende energie van de patiënt afgeleid worden door het ondergaan van medische behandeling, de mogelijkheid wordt gefrustreerd zich te kunnen voorbereiden op de dood, het levensverhaal te beëindigen, en zich te verzoenen met hun omgeving en met hun angst, vertrouwen en hoop in het reine te komen in het zicht van de dood. De behandeling doet overduidelijk geen goed, maar rekt het onvermijdelijke, moeizame en uiteindelijk niet te stoppen proces van sterven, terwijl het meer pijn, moeite en leed oplevert. Wanneer wij de eerdere beschrijving van de onderdelen van palliatieve zorg aan het levenseinde in gedachten houden, is intensieve medische behandeling die een stervensproces vol pijn en leed alleen verlengt zonder enige verlichting, troost of verzachting te bieden, in feite in tegenspraak met goede zorg voor de stervenden.

Wanneer wij de andere mogelijke indicaties bekijken die eerder zijn genoemd is deze beoordeling van hoe het (niet) voortzetten van levensverlengende behandeling de levenskwaliteit beïnvloedt gecompliceerder.

Sommigen betwijfelen dat er enig profijt te trekken is uit een behandeling die het leven verlengt onder de hier beschreven omstandigheden. Kan behandeling, die niets anders doet dan een leven verlengen dat beroofd is van essentiële functies de moeite waard zijn?

Aan de ene kant, zoals hierboven gesteld, is het in stand houden van biologisch leven en het maximaliseren van de lengte daarvan op zichzelf niet een absoluut nut dat in alle situaties voorrang heeft boven alle andere overwegingen. Aan de andere kant, wanneer mens-zijn verstaan wordt als het leven ontvangen te hebben uit de liefhebbende hand van God en geroepen tot verantwoordelijk voor het leven ten opzichte van God en de omringende wereld, is het eveneens duidelijk dat levenskwaliteit niet simpelweg de netto-som is van plezier ten opzichte van pijn, of bevredigde behoeften tegenover onbevredigde. Levenskwaliteit moet gezien worden in relatie tot het basiskenmerk van het menselijk leven van afhankelijkheid en de kernkwalificatie van op de een of andere manier reageren op deze afhankelijkheid en het goede dat daaruit ontvangen wordt. In dit perspectief is levenskwaliteit heel goed verenigbaar met een leven zonder de eigenschappen als controle, doelgerichtheid,

⁸ Het onderscheid tussen het gebruiken van kwaliteit van leven in relatie tot beoordeling of behandeling zinvol is of niet en beoordeling of een menselijk leven zinvol is of niet is tevens de reden waarom dit argument met betrekking tot levenskwaliteit niet valide wordt geacht in relatie met euthanasie, waar het in feite een beoordeling wordt of een menselijk leven zinvol is of niet.

rationaliteit of subjectieve activiteit bezit, of een persistent zelfbewustzijn, bijvoorbeeld door ernstig hersenletsel, invaliditeit of dementie. Ook deze vormen van leven, hoewel het ontbreekt aan het vermogen tot vrije wil in de gebruikelijke zin van het woord, zijn wellicht nog steeds in staat zich te verhouden tot zaken in hun omgeving met in elk geval enige vorm van bewustzijn en reactie op zintuiglijke prikkels, zoals aanraking, licht en dergelijke. En leven dat nog niet ontwikkeld is of tijdelijk de mogelijkheid voor dit soort bewustzijn en reactie verloren heeft zou dit kunnen (her)krijgen. Behandeling die dit soort leven in stand houdt zou de patiënt daarom wel degelijk ten goede kunnen komen in de zin dat zijn of haar levenskwaliteit beter is met dan zonder behandeling. Er zijn andere vormen van het uitoefenen van verantwoordelijk leven als leven in antwoord op wat is ontvangen van de hand van God en de ons omringende wereld dan een levensgeschiedenis die zichzelf vertoekt in zelfbevestiging, controle, opzettelijkheid en rationaliteit.

Dit is echter anders dan menselijk leven dat uitsluitend als biologische entiteit bestaat, waarvan de capaciteit tot bewustzijn geheel en onherroepelijk verloren is gegaan, hetgeen meestal het geval is bij de meeste patiënten die in vegetatieve staat verkeren (zoals hierboven is weergegeven als zijnde een onderscheid met comateuze patiënten). Zelfs onder deze omstandigheden is het menselijk leven nog steeds voorwerp van God's liefde en kan het nog steeds het voorwerp van de liefde van naasten zijn, zoals familie en vrienden, omgeven door de menselijke gemeenschap. Maar wat lijkt te ontbreken - niet alleen tijdelijk, maar permanent en onherroepelijk - is een essentiële voorwaarde voor het reageren op die liefde, door receptieve en zintuiglijke capaciteiten in de vorm van bewustzijn. In deze situatie is het minder duidelijk hoe levensverlengende behandeling de patiënt ten goede komt.

Een onderscheid tussen zorg en behandeling?

Sommige benaderingen, waarvan de pauselijke uitspraak van Johannes Paulus II in 2004 een prominent voorbeeld is, beweren dat verschil moet worden gemaakt tussen behandeling en zorg, tussen medische procedures en natuurlijke middelen tot instandhouding van het leven, tussen buitengewone en normale middelen van behandeling. Medische procedures of buitengewone behandelingen zouden gestopt of geweigerd kunnen worden wanneer ze overbodig en een belasting voor de patiënt worden. Natuurlijke middelen van zorg echter, komen tegemoet aan de meest fundamentele behoeften van de mens, iets, waarvan we allemaal afhankelijk zijn en wat onder alle omstandigheden aan geen enkel menselijk wezen onthouden mag worden.

Het belang van dit onderscheid hangt gedeeltelijk af van hoe zorg/gebruikelijke middelen worden gedefinieerd ten opzichte van medische behandeling/ buitengewone middelen. Waarbij men het er alom over eens is dat tot levensverlengende, "buitengewone" behandeling behandelingen als antibiotica, kunstmatige ademhaling en dialyse behoren, omvatten de "gewone middelen" de basiszorg als hygiëne, verzorging van decubites, vochttoediening en het verlichten van fysiek en psychologisch ongemak. Meestal voorkomen ze dat het ongemak van de patiënt escaleert en ondraaglijk wordt en daarom zijn ze niet alleen moreel, maar dikwijls ook wettelijk gewaarborgd en verplicht.

De vraag in welke categorie kunstmatige voeding valt is meer aanvechtbaar. Terwijl verschillende regelgeving in vele landen en klinische omgeving dit als een levensverlengende maatregel aanmerkt die gestopt kan

worden wanneer het niet langer gerechtvaardigd is, benadrukt de bovengenoemde pauselijke verklaring de katholieke leer, dat voeding eveneens een gewoon middel van basiszorg is, dat nooit gestopt mag worden zolang de patiënt nog in staat is voedsel te verteren.

Hier zijn verschillende opmerkingen relevant. Allereerst is het van belang de permanente plicht van de christelijke leer in gedachten te houden te zorgen voor het leven wanneer genezing of een verbeterde medische conditie niet langer mogelijk is. Alle menselijk leven, zelfs dat van de ongeneeslijk en terminaal zieken, heeft recht op basisverzorging, niet omdat het herstel of medische genezing zou bevorderen, maar omdat het een afspiegeling is van de status, waardigheid en het recht op respect dat ieder mens heeft als geliefd schepsel van God. Het niet afzien van basiszorg voor de mens is dus een belangrijk uitgangspunt in Christelijke ethiek en dit roept ook de vraag op hoe om te gaan met patiënten zonder hoop op herstel van ernstige ziekte of trauma. Dit uitgangspunt van het niet afzien van basiszorg, inclusief voeding, kan niet losgemaakt worden van het verband tussen zorg en het fundamentele welzijn van de patiënt. Omdat deze vormen van zorg een gunstige invloed hebben op het relatieve comfort en welbevinden van de patiënt tijdens ernstige en terminale ziekte, ook wanneer er geen hoop op herstel of verbetering is, is de zorgverplichting van moreel belang. Hoewel de vooronderstelling is de zorg, inclusief voeding, in stand te houden moet dit niet absoluut gemaakt worden en onafhankelijk van hoe deze voortgezette zorg van invloed is op de patiënt, en of het lijden en de pijn van de patiënten wel of niet verergert zonder ze goed te doen.

Het risico van overbehandeling

Het is niet alleen de vraag of en wanneer afgezien moet worden van levensverlengende behandeling die diepe morele vragen met zich meebrengt en het risico de patiënten te schaden, maar er is ook het risico van “overbehandeling”. Overbehandeling brengt een aanzienlijk risico op morele schade voor de patiënten met zich mee en is in een klinische omgeving wellicht een groter probleem dan onrechtmatige beëindiging van behandeling. Het gebeurt wanneer misplaatste ijver het uiterste voor de patiënt te doen artsen ertoe leidt zich uitsluitend richten op het voorstellen en uitproberen van steeds nieuwe medische behandelingen, zelfs wanneer de patiënt de terminale fase bereikt en de waarschijnlijkheid van enig geneeskundig of palliatief effect bijna nihil is. Ongeacht of dit voorgeschreven wordt uit professionele ijver of echt, maar misplaatst medeleven met de patiënten, kan dit soort behandelingen ernstige schade veroorzaken voor de patiënt.

Niet alleen kan het ernstige pijn en ellende veroorzaken operaties voor te stellen die pijnlijke revalidatie noodzakelijk maakt en waarbij de patiënt wellicht voor een lange periode gekoppeld aan medische technologie achterblijft, maar zulke medische therapieën kunnen ook aanzienlijke en schokkende bijverschijnselen hebben. Door het verleggen van de focus en de resterende krachten, aandacht en concentratie van de patiënten naar het ervaren en ondergaan van medische behandeling (wellicht gepaard gaande met nieuwe hoop en verwachting) zou dit de verzoening met hun eigen dood, de verwerking van hun levensgeschiedenis, relaties, plaats in de wereld, hoop en geloof kunnen verhinderen. Kortom, het zou de patiënt kunnen verhinderen zich te verzoenen met het sterven. Op zich zou dit soort overbehandeling ook schade kunnen toebrengen aan de familie en verwanten, die de mogelijkheid in “vrede en rust” afscheid te nemen van een beminde wordt ontnomen, die in plaats daarvan overspoeld wordt met medische behandeling en technologie.

Evenmin moet het effect zowel op het patiënten- als het algemeen publieke vertrouwen over het hoofd gezien worden dat er, voor het geval men terminaal ziek worden, behoorlijk voor hen gezorgd zou worden als menselijke wezens en niet dat ze alleen bekeken worden als medische gevallen die zouden kunnen reageren op geneeskundige inspanningen.

Daarom moet onderstreept worden dat het niet alleen is toegestaan niet alles te doen wat medisch mogelijk is voor een patiënt wiens leven het einde nadert. Het zou wel eens vereist kunnen zijn de medische behandeling niet voort te zetten in geval van een lichamelijke ziekte en in plaats daarvan hulpmiddelen, kennis en energie te richten op zorg voor de patiënt als een mens die naast fysieke ook nog emotionele, psychische en spirituele dimensies heeft.

5.3 Ethische discussie: de wil van de patiënt

Medische ethiek vooronderstelt iemand bij voorkeur niet tegen zijn of haar wil te behandelen, een uitgangspunt dat kan worden ondersteund vanuit de christelijke, protestantse traditie. Dus is de wil van de patiënt natuurlijk essentieel wanneer beoordeeld wordt of wel of niet gestopt moet worden met levensverlengende behandeling. Dit roept de vraag op hoe de wil van de patiënt het best kan worden geïntegreerd wanneer deze niet rechtstreeks bekend kan worden gemaakt.

De uitgesproken wil van de patiënt

In sommige gevallen kan de wil van de patiënt direct verkregen worden. Patiënten zijn bij kennis, goed op de hoogte en zich bewust van hun situatie en kunnen zich expliciet uitspreken met betrekking tot een therapeutische interventie die hun leven zou kunnen verlengen. De medische ethiek beschouwt autonomie in het algemeen en het principe van toestemming op grond van volledige informatie (informed consent) in het bijzonder als fundamenteel. Vooropgesteld dat de patiënten “in het bezit zijn van hun verstandelijke vermogens”, niet lijden aan een geestesziekte of waanbeeld omtrent hun situatie, wordt het als een ernstige schending beschouwd hen te onderwerpen aan een behandeling waarvoor zij geen toestemming hebben gegeven, en nog erger hen te onderwerpen aan een behandeling waartegen zij zich expliciet hebben verzet en die zij hebben geweigerd. Autonomie in de zin van de vrijheid om zich tegen ongewenste inbreuk op het leven en lichaam te verzetten is ook een essentiële aangelegenheid vanuit protestants perspectief, daar het de persoonlijke integriteit beschermt en verantwoordelijkheid mogelijk maakt.

De norm voor toestemming op grond van volledige informatie als een noodzakelijke voorwaarde voor het voorstellen van een medische behandeling geldt ook voor essentiële, levensverlengende behandeling. Goed geïnformeerde en competente patiënten hebben er recht op dat hun beslissingen gerespecteerd worden wanneer ze verdere medische behandeling weigeren, zelfs als dat betekent dat het leven van de patiënt wordt bekort.

Wanneer het echter gaat om levensverlengende behandeling kan de wil van de patiënt dikwijls niet rechtstreeks verkregen worden. Hoe kan men met dergelijke situaties omgaan?

De wilsbeschikking vooraf

Een instrument is de zogenaamde *wilsbeschikking vooraf*. Een verklaring dat de persoon nog “in het bezit is van zijn verstandelijke vermogens” die zijn of haar wil bekend maakt met betrekking tot levensverlengende behandeling indien, als gevolg van toekomstige ongeneeslijke ziekte of trauma hij of zij niet langer in staat is tot enige bewuste gewaarwording van leven of het verdere leven gekenmerkt zal worden door ernstige pijn, permanente invaliditeit en hulpeloosheid.⁹

Dit roept de vraag op of een instructie of wens die *vooraf* tot uitdrukking gebracht is bindend moet zijn voor het nemen van beslissingen door medisch personeel. De vraag draait erom of iemand werkelijk een weloverwogen en autonome keuze kan maken met betrekking tot een potentiële, toekomstige situatie van ernstige ziekte of letsel. Kan een mens op voorhand weten hoe hij/zij een leven in een dergelijke situatie zal ervaren en kan hij/zij weten wat zijn/haar fundamentele waarden en wensen dan zullen zijn? Velen zijn het er over eens dat wilsbeschikkingen vooraf groot gewicht moeten hebben met betrekking tot levensverlengende behandeling. Een bezwaar om ze als absoluut bindend te beschouwen is echter dat zij geen rekening houden met wijzigingen in iemands persoonlijke normen en waarden en de totale beoordeling van leven. Een manier om hier rekening mee te houden is voor te schrijven dat er redelijkerwijs geen gronden moeten zijn om te denken dat de beschikking niet langer de wil van de patiënt weergeeft.¹⁰ Een andere manier zou zijn voor te schrijven dat beschikkingen ondersteund worden door “hernieuwingen”, bijvoorbeeld door jaarlijks opnieuw bevestigd te worden.

Er lijken twee enigszins verschillende benaderingen te bestaan die genomen kunnen worden met betrekking tot wilsbeschikkingen vooraf en de vraag of ze bindende vertolkingen zijn van de wil van een niet langer competent zijnde persoon. De ene is ze te beschouwen op een contractuele of wettelijke manier, die een aantal rechten en plichten vastlegt van de zijde van de patiënt en de arts in kwestie en die de artsen ontheffen van beschuldigingen van misdaden wanneer zij zich houden aan de beschikking. De andere is ze te beschouwen als een van diverse factoren in het vaststellen van de wil van de patiënt. Een wilsbeschikking vooraf zou dan essentieel zijn en in toenemende mate hoe recenter die bevestigd is, maar het zou niet de enige factor zijn bij het vaststellen van de wil van de patiënt.

Patiënten ‘die niet in het bezit zijn van hun verstandelijke vermogens’/ ontoerekeningsvatbare patiënten

In sommige situaties zijn patiënten niet in staat hun wensen te formuleren en/of te uiten, maar hebben ze geen wilsbeschikking vooraf afgegeven. Hoe kan er dan een verantwoordelijke beslissing aangaande levensverlengende behandeling worden gemaakt? De enige oplossing lijkt te zijn te trachten zoveel mogelijk de wil van de patiënt te duiden in combinatie met een medische beoordeling van wat het beste is voor de patiënt.

⁹ Formulering uit de Noorse versie.

¹⁰ Aanbevolen door de World Medical Association verklaring (2003)

Familieleden

Bij het verifiëren van de wil van de patiënt is in zulke gevallen vaak een soort gevolmachtigde betrokken die de belangen van de patiënt behartigt. Dit is dikwijls iemand uit de naaste familie, bijvoorbeeld een echtgenoot of partner, een volwassen kind, een van de ouders of een broer of zuster. Omdat zij de patiënt langdurig goed gekend hebben is er wellicht gesproken over een dergelijke situatie en wat de patiënt dan gewild zou hebben. Of zij zijn op de hoogte van de overtuigingen en waarden van de patiënt en vandaar uit in staat af te leiden wat de patiënt zou hebben gewild. Verder kunnen ze normaal gesproken geacht worden het beste met hun familielid voor te hebben.

Daarom kunnen er goede redenen zijn de mening van familieleden als belangrijk te beschouwen in het besluit met betrekking tot de behandeling. Er moeten in dit verband echter een aantal punten gesignaleerd worden. Er moet ten eerste geen reden zijn om te vermoeden dat het familielid/de gevolmachtigde weinig kennis heeft over de patiënt en/of niet het beste met de patiënt voorheeft. Ten tweede zou er uitvoerige en zorgvuldige communicatie moeten zijn tussen de artsen/geneeskundig personeel en familieleden om er zeker van te zijn dat de familie betrokken is bij de besluitvorming. Tenslotte moet de uiteindelijke beslissing genomen worden door de arts. Familieleden moeten nooit belast worden met de uiteindelijke beslissing om behandeling van een beminde te beëindigen. Bovendien moet er extra voorzichtigheid betracht worden door het verantwoordelijke medische personeel in gevallen waar er onenigheid is onder de familieleden over de vraag over het voortgaan met de behandeling.

Wettelijk voogd

In sommige gevallen kan de gevolmachtigde een benoemde wettelijk voogd (bijvoorbeeld een advocaat) zijn die wettelijk bevoegd en verplicht is de belangen van de patiënt te behartigen. Deze persoon kan door de patiënt zelf benoemd zijn voor het geval dat de staat van incompetentie zich voordoet (vergelijkbaar met de wilsbeschikking vooraf), of nadat de incompetentie is opgetreden. Dit kan om verschillende redenen gedaan worden: bijvoorbeeld wanneer er geen naaste verwanten zijn; wanneer een patiënt niet wil dat familieleden namens hem of haar optreden in geval van incompetentie; wanneer de omstandigheden binnen de familie de familieleden ongeschikt maken of niet in staat stellen de belangen van de patiënt te behartigen; of wanneer de patiënt of de familie onderscheid willen maken tussen de formele rol van wettelijke voogdij en liefhebbende familie. Tenzij er een reden is aan te nemen dat de familieleden niet op de hoogte zijn van of geïnteresseerd zijn in de wensen en belangen van de patiënt zou het, ook wanneer er een wettelijk voogd is, gepast kunnen zijn te overleggen met de familieleden.

Juist omdat de uiteindelijke beslissing bij de arts berust is het belangrijk dat, voordat deze uiteindelijke beslissing wordt genomen, de verantwoordelijke arts zo veel mogelijk relevante communicatie en consultatie heeft gehad om zo goed mogelijk vast te stellen welke beslissing overeenstemt met de wensen van de patiënt en de belangen van de patiënt zo goed mogelijk behartigt.¹¹

¹¹ Men zou zich tevens af kunnen vragen of de uiteindelijke beslissing wellicht zou kunnen neergelegd bij een onafhankelijke commissie of raad, in plaats van bij de verantwoordelijke arts.

Goede processen van communicatie en overleg bevorderlijk voor verantwoordelijke en goede zorg voor patiënten die “niet in het bezit zijn van hun verstandelijke vermogens” met betrekking tot eventuele levensbeëindigende beslissingen moeten: a) transparant zijn: voor familieleden en verwanten, voor het geneeskundig personeel en de verantwoordelijke arts en voor het publiek/toekomstige patiënten in de zin dat bekend is wie geconsulteerd wordt en zou moeten worden en welke status hun advies zal hebben; b) inclusief zijn: in de zin dat alle beroepsgroepen/eenheden en personeel dat betrokken is bij de behandeling van de patiënt erbij betrokken zijn (verschillende groepen zoals artsen, verpleegkundigen, adviseurs kunnen verschillende kennis en informatie met betrekking tot de waarden, uitgangspunten en bedoelingen hebben) en dat familieleden op een relevante wijze betrokken worden, voldoende informatie ontvangen en uitgenodigd worden deel te nemen aan het overlegproces; c) voldoende tijd krijgen: vermijdt zoveel mogelijk de bovenmatig versnelling van het besluitvormingsproces om redenen van geld of doelmatigheid. Men moet zich in het bijzonder bewust zijn van en rekening houden met familieleden die hun best doen zich te verzoenen met de naderende dood van een ernstig zieke of gewonde beminde en de draagwijdte en perspectief van deze situatie op hun eigen leven en op dat van de patiënt. Er moet voldoende tijd gegeven worden voor beraadslaging, advies en ondersteuning – ook in de context van de gemeente – voor familieleden, het luisteren naar hun zorgen en angsten en hen te helpen zich met de situatie en het vooruitzicht van het verlies een beminde te verzoenen voordat een besluit over levensverlengende maatregelen wordt genomen. Extra vragen komen op wanneer de patiënt in kwestie een kind is. In dergelijke situaties wordt het extra belangrijk om familieleden, wellicht de ouders, voldoende tijd en communicatieve ruimte te geven om zich te verzoenen met de traumatische situatie van niet alleen het verlies van een kind; zij moeten ook in staat zijn te zien hoe dat verlies verbonden is met een beslissing de medische behandeling te beëindigen en ze moeten de gelegenheid krijgen zelf bij die beslissing betrokken te zijn.

Beëindiging of onthouding van levensverlengende behandeling: conclusie

Beëindiging of onthouding van levensverlengende behandeling is onder sommige omstandigheden niet alleen toegestaan, maar zou in feite verplicht kunnen zijn als een onderdeel van goede zorg en medeleven voor een ernstig, onherstelbaar zieke of terminaal-zieke patiënt. Dit is in elk geval een feit wanneer voortgezette behandeling de patiënt geen goed doet, geneeskundig, palliatief of in de zin van de instandhouding van een leven dat kwaliteit heeft in de christelijke zin van in staat zijn betoonde liefde te ontvangen, waar te nemen en er op enigerlei wijze op te reageren. Een samenhangende christelijke traditie legt de nadruk op zorg voor de ernstig zieken en stervenden, zelfs wanneer er niet langer enige hoop op genezing of verbetering is en gaat daarbij uit van de instandhouding van zorgmaatregelen die pijn, ongemak en angst tijdens de laatste levensuren verlichten. Aan de ene kant zijn medische, klinische en verpleegkundige zorgmaatregelen, al of niet levensverlengend, essentiële morele verantwoordelijkheden die een ernstig beroep op ons doen en niet gemakkelijk terzijde geschoven kunnen worden ten gunste van andere overwegingen. Aan de andere kant zijn het geen absolute vereisten die verheven zijn boven enige overweging van de implicaties die zij op de patiënt en zijn situatie zullen hebben. Dit houdt concreet in dat de protestantse kerken bijvoorbeeld niet bereid zijn, hoewel zij zich bewust zijn van de ernstige morele bezwaren die hierbij betrokken zijn, het stopzetten van voeding aan patiënten in een voortdurend vegetatieve situatie altijd en absoluut af te wijzen.

Morele bezwaren en overwegingen hebben niet alleen betrekking op de besluiten, maar ook op het proces waardoor het besluit tot stand komt. De goed gefundeerde en expliciete wens van een patiënt tegen verdere behandeling zou gerespecteerd moeten worden en wanneer een patiënt die “niet in het bezit is van zijn verstandelijke vermogens” tevoren een wilsbeschikking met betrekking tot behandeling heeft gemaakt is dit van groot gewicht, in het bijzonder wanneer er geen redenen zijn om aan te nemen dat dit niet langer de wil van de patiënt zou weergeven. In gevallen waar geen schriftelijke wilsbeschikking vooraf is en de patiënt onherroepelijk incompetent is worden communicatieve en consultatieve processen om tot een beslissing te komen bijzonder belangrijk. Deze zouden inclusief moeten zijn, waarbij een breed spectrum van beroepen, geneeskundig personeel en adviseurs betrokken zijn. Naaste familieleden, verwanten en vrienden waarvan redelijkerwijs verwacht kan worden dat zij het belang van de patiënt op het oog hebben moeten om raad worden gevraagd en voldoende tijd en ruimte krijgen om zich te verzoenen met de besluiten en met het toekomstig verlies van een beminde. Zij moeten echter niet worden belast met de uiteindelijke beslissing.

6 Palliatieve zorg, behandeling en sedatie

Een argument dat dikwijls gebruikt wordt door voorstanders van legalisering van euthanasie en hulp bij zelfdoding is dat er gevallen zijn waarbij de patiënt geen andere begaanbare weg ziet om zijn of haar situatie aan te kunnen dan hulp te krijgen bij levensbeëindiging. Zij die het daarmee oneens zijn verwijzen vaak naar de vermeende voordelen van palliatieve zorg als alternatief. Maar palliatieve zorg zou eveneens vragen kunnen opleveren en het is daarom nodig het nader te bestuderen.

Palliatieve geneeskunde is, zoals hierboven vermeld, door de Wereld Gezondheids-Organisatie gedefinieerd als een aanpak om de levenskwaliteit te verbeteren van patiënten en hun families die geconfronteerd worden met levensbedreigende ziekte, door het voorkomen en verlichten van lijden, inclusief de behandeling van pijn evenals fysieke, psychologische en geestelijke problemen (vergelijk hierboven punt 4.4). Het behandelt een veel wijder spectrum dan uitsluitend het verlichten van symptomen die meestal voorkomen tijdens de laatste levensfase. Het probeert de patiënt te begeleiden tijdens de laatste levensperiode, zoekend naar wegen om de levenskwaliteit te verbeteren.

Palliatieve geneeskunde en –zorg hebben de laatste jaren een aanzienlijke ontwikkeling doorgemaakt. Er is een versterkte focus gekomen op interdisciplinariteit en het betrekken bij en de bijdrage van verschillende beroepen en psychosociale en spirituele dimensies zijn betrokken bij het interpreteren van ernstige ziekte in aanvulling op de fysieke aspecten. Kennis, begrip en praktijk zijn verbeterd als resultaat van uitvoerige onderzoeksprogramma's en het onderwerp is geleidelijk aan geïntegreerd in de opleidingsprogramma's van artsen. Kerken zouden moeten pleiten voor het geven van prioriteit aan dit veld in onze gezondheidszorgvoorzieningen, zoals aan medische training en onderzoek.

Hoewel deze welkome ontwikkelingen de context van de vragen over het levenseinde in het algemeen en van euthanasie en hulp bij zelfdoding in het bijzonder hebben veranderd, zoals we hieronder meer in detail zullen bespreken, is het geen simpele oplossing die alle problemen en ethische dilemma's laat verdwijnen.

Maar een vraag die voor een groot deel overbodig geworden is als gevolg van de verbeteringen en ontwikkelingen in de palliatieve geneeskunde is de traditionele kwestie, bekend uit vele tekstboeken over medische ethiek, over intensieve pijnbehandeling die als bijverschijnsel een bespoediging van de dood tot gevolg heeft. Hoewel alom geaccepteerd, heeft de vraag hoe onderscheid te maken tussen dit soort medische behandeling en euthanasie, en waarom het eerste zo makkelijk te accepteren zou zijn en het tweede niet, het ethische debat jarenlang in zijn greep gehouden.

Tegenwoordig echter, heeft de kwestie veel van zijn betekenis verloren. De ontwikkelingen in palliatieve geneeskunde en de verbeterde behandeling van pijnsymptomen brengen met zich mee dat het onwaarschijnlijk is dat effectieve pijnbestrijdingbehandeling een levensverkortend effect zal hebben. Het heeft in feite dikwijls een levensverlengend effect en met een verbeterde levenskwaliteit.

Bevrijd van zware pijn en ongemak zou de patiënt bijvoorbeeld kunnen ontspannen en beter kunnen slapen, minder bloot staan aan mentale en fysieke uitputting en een verhoogde levenskwaliteit ervaren, die alles bij

elkaar het leven eerder verlengen dan verkorten. Dit is een sterk argument om effectieve pijnbestrijding eerder uit te breiden dan er sceptisch tegenover te staan.

Ondanks de aanzienlijke verbeteringen van palliatieve geneeskunde en zorg zijn er uitzonderlijke gevallen waarbij stervende patiënten martelende pijn lijden, kortademigheid, misselijkheid, onrust en krampen die onbehandelbaar zijn. Dit heeft de vraag opgeroepen of palliatieve sedatie om het bewustzijn van de patiënt te verminderen acceptabel zou zijn. Palliatieve sedatie kan voorzichtig worden gedefinieerd als het instellen en onderhouden van verdoving (door medicatie) ter verlichting van pijn of andersoortig lijden bij een patiënt die kort voor de dood staat, met de uiteindelijke bedoeling onbehandelbare pijn te bestrijden. Zowel de diepte van de verdoving als de duur zijn afhankelijk van de situatie van de patiënt, maar de bedoeling zou verlichting, niet de beëindiging van het leven zijn.

Voorwaarden voor deze procedure zou de verwachting zijn dat de patiënt nog maar een paar dagen te leven heeft, hoewel prognose-inschattingen moeilijk zijn en gebaseerd moeten worden op het oordeel, ervaring en collegiaal overleg van de arts. Alle relevante, diagnostische onderzoeken moeten afgerond zijn om te kunnen onderscheiden tussen bijverschijnselen van de behandeling en de symptomen van de ziekte en alle andere relevante behandeling moeten geprobeerd zijn. Verder moeten alle relevante medische deskundigen, zoals specialisten in palliatieve zorg, geconsulteerd zijn. Er moet tevens een gedegen psychiatrische evaluatie uitgevoerd worden om adequaat te kunnen omgaan met psychiatrische symptomen die in de laatste levensfase kunnen voorkomen en die op andere manieren behandeld kunnen worden.

Wanneer de toestemming op basis van volledige informatie van de patiënt verkregen is, hetzij direct of per volmacht - hetgeen op zichzelf moeilijk is in deze situatie - is de opzettelijke verdoving van een patiënt om het bewuste gewaarwording en beleving van onbeheersbare en martelend pijnlijke symptomen nauwelijks onacceptabel.

Ten eerste is het de moeite waard op te merken dat rapporten aangeven dat er weinig bewijs is dat deze praktijk levensverkortend is. Als effectieve palliatieve behandeling in het algemeen lijkt het eerder levensverlengend dan levensverkortend te zijn. Ten tweede lijkt de procedure zelden en uitsluitend in extreme gevallen te worden uitgevoerd, in het bijzonder nu de kennis van palliatieve zorg toeneemt en pijnbestrijding en verlichting van symptomen verbetert.

7 Euthanasie

7.1 Begrenzing van het probleem

De discussie hierboven suggereert dat zorg voor de stervenden in sommige gevallen het beëindigen of onthouden van levensverlengende behandeling inhoudt. De urgente en onopgeloste vraag echter is uiteraard of euthanasie en hulp bij zelfdoding ook deel kunnen uitmaken van deze opsomming van zorg voor de ernstig zieke en stervende patiënt. Wij richten ons eerst op de kwestie euthanasie, het aanverwante maar moeilijke onderwerp van hulp bij zelfdoding komt in het volgende hoofdstuk aan de orde.

Hoewel de definitie van euthanasie niet los gezien kan worden van een theoretische en normatieve discussie over het onderwerp dekt de volgende beschrijving de meest typische en paradigmatische gevallen en is daarom nuttig voor de volgende discussie: "Een arts doodt met opzet een persoon door de toediening van medicijnen op het uitdrukkelijk, vrijwillig en competent verzoek van die persoon"¹² (EAPC 2004).

Bij de discussie over euthanasie moeten twee dimensies van het onderwerp van elkaar worden onderscheiden. Een dimensie benadert euthanasie als een ethisch onderwerp en zet zich uiteen met vragen als het interpreteren van het fenomeen binnen een meer omvattend kader (bijvoorbeeld zoals hierboven wordt aangegeven) en de normatieve rechtvaardiging van de praktijk, onderzoekend of normatief valide gronden kunnen worden gegeven voor of tegen euthanasie. Een andere dimensie richt zich op het wettelijke aspect, de vraag hoe er met euthanasie dient te worden omgegaan in wetgeving en openbaar beleid. Het is belangrijk op te merken dat deze beide dimensies niet identiek zijn, hoewel overduidelijk niet van elkaar gescheiden. Wetgeving bepaalt niet of ethische claims normatief valide en wettig zijn, evenmin kan wat ethisch normatief is rechtstreeks worden vertaald in wetgeving en politieke regelingen.

7.2 Ethische discussie

Oppervlakkig gezien lijken er belangrijke redenen om euthanasie vanuit een christelijk, protestants standpunt niet te accepteren: het lijkt een directe beëindiging van iemand's leven, en op een manier die niet gedekt is door de dispensaties van het verbod op doden die door de christelijke ethiek gewoonlijk geaccepteerd worden (zelfverdediging of als verdediging van een derde partij). En het lijkt in strijd met de fundamentele status van het menselijk leven als onaantastbaar, in afwijking van de verplichting menselijk leven niet te schaden of te vernietigen. Dat euthanasie blijkbaar strijdig is met deze fundamentele morele normen lijkt een sterk uitgangspunt tegen acceptatie. Zouden er, ondanks dit onmiskenbare uitgangspunt valide ethische gronden zijn die euthanasie rechtvaardigen?

Zij die voor euthanasie zijn verwijzend meestal naar een combinatie van twee soorten overwegingen: ten eerste autonomie en ten tweede weldoen (of het belang van de patiënt). Beide zijn diepgewortelde en alom erkende morele overwegingen en worden redelijkerwijs aangemerkt als valide ethische idealen. Leveren zij inderdaad een goed gefundeerd en valide argument dat het bovengenoemde uitgangspunt tegen euthanasie terzijde schuift?

¹² Ontwikkeld door de Europese Associatie voor Palliatieve Zorg 2004.

Autonomie en euthanasie

Het begrip autonomie speelt een prominente rol en komt dikwijls tevoorschijn binnen de medische ethiek. Het is echter een complexe notie met een aantal verschillende betekenissen die niet altijd eenvoudig van elkaar onderscheiden kunnen worden. Binnen de seculiere, filosofisch medische ethiek, hebben twee ietwat verschillende betekenissen van autonomie de overhand. Ze zijn beide relevant voor de discussie over euthanasie, maar leiden dikwijls tot verschillende conclusies. Een Kantiaanse opvatting vat autonomie op als eigen wetgeving en de mogelijkheid te handelen overeenkomstig een rationele wet van universele principes in plaats van overeenkomstig toevallige impulsen of druk van buitenaf. Bovendien is het de bekwaamheid tot dit soort autonoom handelen dat een doel in zichzelf vaststelt en dat daarom dicteert dat een mens altijd tevens als doel in zichzelf behandeld wordt, en nooit slechts als middel om een doel te bereiken. Een andere opvatting van autonomie ziet het als de bekwaamheid vanuit de eigen voorkeuren, belangen en opdrachten te handelen. Op deze manier stelt autonomie de mens in staat zijn innerlijk potentieel tot uitdrukking en realisatie te brengen en te handelen overeenkomstig de individuele aspiraties en waarden. Autonomie zoals het gekenschetst wordt in de seculiere medische ethiek is zeker niet irrelevant voor protestantse ethiek, maar een andere notie is meer fundamenteel, namelijk de notie van vrijheid. Deze notie beroept zich op de mens die in wezen gedefinieerd door de relatie met God in plaats van door seculiere, externe autoriteiten. Zoals rechtvaardiging door het geloof de mens bevrijdt van het project de uiteindelijke bedoeling van het leven te realiseren door morele inspanningen en prestaties, is die daardoor ook vrij om de naaste in verantwoordelijke liefde en zorg te dienen. Een protestantse notie van vrijheid is daarom ten eerste gebaseerd op een voorafgaande en meer fundamentele dimensie van gave, ontvangst en afhankelijkheid. Ten tweede, hoewel door God gegeven is en nooit gerealiseerd of gemanifesteerd moet worden in morele prestatie, kan vrijheid nooit worden losgemaakt van verantwoordelijkheid.

Men moet zich er eerst van bewust zijn dat het aanvaarden van euthanasie niet eens de onmiskenbare gevolgtrekking is van de seculiere of filosofische concepten van autonomie. Verschillende commentatoren zouden tegenspreken dat de Kantiaanse versie van autonomie als eigen recht en de mogelijkheid te handelen vanuit een rationeel, universeel recht euthanasie rechtvaardigt. Een praktijk van euthanasie zou naar hun opvatting in strijd zijn met een fundamentele morele plicht de mensheid, in zichzelf of in de ander, nooit uitsluitend als middel, maar altijd tot doel in zichzelf te behandelen. Het zou precies de voorwaarde van autonomie ondermijnen, namelijk het bestaan van een menselijk wezen. Anderen zijn echter voorstander om uit te gaan van een verzameling basisrechten die absoluut gerespecteerd dienen te worden door anderen en die ook het recht zouden moeten bevatten op hulp bij sterven door een ander die hiermee instemt. Dat laat echter de paradoxale vraag onverlet hoe er een recht kan zijn zichzelf als houder van rechten te elimineren.

Het begrip van autonomie als zelfbeschikking en de mogelijkheid zijn ambities, interesses en voorkeuren na te streven is uniform gebruikt om rechtvaardiging van euthanasie als een moreel acceptabele praktijk te ondersteunen. Uitgaande van deze voorstelling van autonomie, is dit in zichzelf een overtuigend argument? Het roept in ieder geval een aantal vragen op. Ten eerste is er opnieuw de vraag over de omvang van de autonomie. Gaat die zo ver als het bepalen van de eigen vernietiging?

Sommige interpretaties van autonomie beweren dat het niet gebruikt kan worden voor beslissingen die de autonomie in de toekomst beperken of vernietigen in de zin van de mogelijkheid tot zelfbeschikking van die persoon. Verder zullen sommigen twijfelen aan de mogelijkheid om met enige zekerheid de consistente en vastbesloten wil te verkrijgen van een ernstig en wellicht terminaal zieke patiënt. Studies hebben aangetoond dat de wil om te leven van ernstig zieke en stervende patiënten nogal fluctueert (Chochinov e.a.); bovendien zijn er een aantal aandoeningen die een patiënt in deze fase zouden kunnen overkomen (vermoeidheid, angst, depressie) die de autonomie in de zin van het nemen van een weloverwogen, bewust besluit, ongehinderd door externe invloeden (Johansen, Mastertvedt e.a.) zouden kunnen verminderen. Hiertegen zouden sommigen kunnen tegenwerpen dat het inconsistent is te accepteren dat zoveel belang wordt gehecht aan de autonomie van de patiënt in de besluitvorming met betrekking tot het onthouden van behandeling (vergelijk boven, hoofdstuk 5), maar dat er met zoveel achterdocht naar gekeken wordt wanneer het over euthanasie gaat. Eén antwoord is dat de autonome beslissing zich te verzetten tegen interventie en inbreuk, bijvoorbeeld in de vorm van ongewenste medische behandeling, zwaarder weegt dan een autonome claim bepaalde vormen van diensten, bijstand, hulp e.d., zoals stervenshulp te ontvangen. Verder hebben studies aangetoond dat verzoeken om euthanasie in de zin van directe en opzettelijke bekorting van het leven voor een groot gedeelte reageren op palliatieve zorg en behandeling, in de zin dat directe verzoeken om euthanasie aanzienlijk dalen, terwijl verzoeken geen levensondersteunende behandeling te ontvangen doorgaan (Neudert e.a., 2001). Er moet eveneens worden opgemerkt dat sommige verzoeken aanhouden, zelfs na het ontvangen van wat beschouwd wordt als adequate, palliatieve zorg. Dit geeft aan dat hoewel de verbeterde, effectieve en adequate palliatieve geneeskunde voor een groot deel effect heeft op de verzoeken om euthanasie, ze deze verzoeken niet geheel zullen elimineren.

In aansluiting op deze interne kritiek zou een protestantse benadering deze filosofische opvatting van autonomie in de eerste plaats ter discussie stellen, gebaseerd op een totaal ander concept van vrijheid als voorafgaand op een ethisch concept van autonomie. De protestantse traditie, zoals hiervoor in detail werd beschreven, verstaat vrijheid als gebaseerd op de relatie van de mens met God in schepping en rechtvaardiging, waarbij een mens het leven ontvangt uit God's hand. Daardoor is vrijheid intrinsiek geassocieerd met, hoewel geen voorwaarde voor, verantwoording aan en in antwoord op God voor het leven dat uit Zijn hand ontvangen is. Het begrip vrijheid is duidelijk geen equivalent van zelfdeterminatie of zelfbeschikking van het leven dat van ons is, maar verbonden met het reageren op God voor het leven dat wij ontvangen hebben. Het stelt vragen bij het gebruik van autonomie om euthanasie te rechtvaardigen, met de bewering dat vrijheid geen absolute zelfbeschikking of zelf-eigendom inhoudt, maar onlosmakelijk verbonden is met de verantwoording voor het eigen leven ten opzichte van zichzelf, anderen, de geschapen wereld en uiteindelijk aan God.

Humaniteit en euthanasie

Degenen die accepteren dat er situaties zijn waarin euthanasie geoorloofd zou kunnen zijn betogen dikwijls dat in situaties, waarin de patiënt veel pijn heeft en ernstig lijdt zonder hoop op herstel of verlichting, het in het belang van de patiënt zou kunnen zijn om het leven te beëindigen. Vooropgesteld dat dit de expliciete wens van de patiënt is zou hem of haar de toegang tot euthanasie niet moeten worden ontzegd.

Of euthanasie de patiënt wel of niet ten goede zou komen kan niet worden besloten zonder de alternatieven in overweging te nemen. Studies van de redenen waarom de patiënten om euthanasie vragen geven aan dat fysieke pijn zelden de reden is; het lijkt eerder meestal te gaan om een combinatie met psychologische pijn, zoals het verlies van zin en betekenis, het gevoel een last te zijn geworden of het gevoel van een onwaardige levensconditie.

Dit komt overeen met studies die erop wijzen dat patiënten zogenaamde individuele schalen van levenskwaliteit prefereren, dat wil zeggen, een schaal van levenskwaliteit volgens hun eigen voorkeuren, aspiraties en waarden (Neudert e.a., 2001). De door de patiënten ervaren ernstig gereduceerde levenskwaliteit, die potentieel leidt tot verzoeken om euthanasie zijn waarschijnlijk het resultaat van een combinatie van factoren die niet alleen bestaan uit de fysieke kanten van ziekte en de daaruit voortvloeiende symptomen van pijn, maar ook uit andere aspecten zoals het sociale en existentiële aspect. Palliatieve geneeskunde en zorg, meer in staat zich te richten op het geheel van aspecten van de patiënt's individuele opvattingen over levenskwaliteit, zouden daardoor ook beter toegerust zijn te reageren op verzoeken om euthanasie en die te verminderen.

Adequate reacties op de vraag om euthanasie moeten dus gezocht worden op de manier die overeenstemt met het contextafhankelijke en zelfinterpretatieve karakter van de redenen voor verzoek om euthanasie. Zelfinterpretatie, hoe iemand het leven ervaart en verstaat als het hebben van (of het gemis van) een bijzondere bedoeling en als gevormd rond zekere verhalen, wordt ook doorgegeven via beschikbare bronnen in de omringende cultuur en maatschappij: bijvoorbeeld beelden, symbolen, metaforen en waardesystemen waardoor wij onze visies op menselijk leven begrenzen en sociale interactie verstaan. Het eigen leven ervaren als onwaardig en waardeloos in een toestand van ernstige en terminale ziekte, geheel afhankelijk van de hulp en zorg van anderen, niet in staat om fundamentele menselijke kenmerken te tonen en de beheersen, is een interpretatie die ook door de beschikbare bronnen uit de omgeving van de patiënt wordt doorgegeven. Een antwoord op een verzoek om euthanasie in deze situatie dat simpelweg de zelfinterpretatie van de patiënt als het ervaren van een onwaardig levenseinde als een vast gegeven aanneemt gaat niet ver genoeg. Het is noodzakelijk te onderzoeken of er wellicht bronnen te vinden zijn die een andere kijk op zichzelf in de terminale staat van het leven mogelijk maken. De eerder genoemde zeer verbeterde mogelijkheden voor palliatieve geneeskunde en zorg brengen ons een heel eind op weg en het is daarom essentieel dat kerken pleiten voor verdere pogingen in deze richting. Tegelijkertijd moet ook gezegd worden dat palliatieve zorg niet alle dilemma's en problemen op dit punt kan oplossen. Er kunnen patiënten zijn die onbehandelbare pijn lijden en in het bijzonder kunnen er patiënten zijn die hun leven en hun situatie van terminale ziekte als ondraaglijk blijven ervaren, niet in staat om er enige verlichting of waarde in te vinden. Verschillende patiënten kunnen situaties, die voor zover het medisch en fysiek aspect betreft als tamelijk overeenkomstig worden beschouwd, heel verschillend beoordelen in termen van individuele levenskwaliteit.

In dit verband moet bepaalde aangelegenheid worden genoemd. Verklaringen over beslissingen aan het levenseinde van protestantse kerken verkondigen nu en dan dat ziekte, pijn en lijden een onvermijdelijk en onontkoombaar deel is van het menselijk leven zoals wij dat kennen. Hoewel dit juist mag zijn, wordt deze bewering argumentatief gebruikt op een manier die reden geeft tot zorg. Zelden wordt de potentiële betekenis onderzocht of onderscheid gemaakt tussen lijden dat vermeden of tenminste verminderd kan worden en lijden dat resistent is voor menselijke actie en verlichting. Dat het lijden als verschijnsel, inclusief ziekte en fysieke

pijn altijd aanwezig zal zijn in de wereld zoals wij die kennen, ontslaat ons niet van de verplichting te doen wat mogelijk is om de fysieke pijn waar iets aan gedaan kan worden te verlichten en te verhelpen. Hoewel sommige ernstig zieke mensen die veel pijn en lijden moeten doorstaan wellicht in staat zijn daarin zelfs onder deze omstandigheden een zin te ontdekken, is dat geen reden voor verheerlijking of zelfs bekrachtiging van ziekte en pijn als behorend tot menselijk leven. Velen – patiënten en verwanten – komen ernstige ziekte en de naderende dood uiterst pijnlijk en zinloos voor. Kerken moeten deze beleving niet terzijde schuiven of ontsnappen aan de morele uitdagingen die zij vertegenwoordigt door hun toevlucht te zoeken in de verklaring dat ziekte, lijden en pijn een onontkoombaar deel van het leven en zinvol kunnen zijn.

Een christelijke, protestantse opvatting van het menselijk leven onderstreept hoe afhankelijkheid van de zorg van anderen – personeel in de gezondheidszorg, familie of vrienden – geen ondeugdelijke of onwaardige vorm van menselijk bestaan is. Afhankelijkheid laat zich beter omschrijven als een onontkoombaar kenmerk van menselijk leven, nauw verbonden aan het feit dat het leven niet door mensen zelfverworven is, maar ontvangen uit bronnen buiten onszelf. Daarom is niet alleen de ervaring van afhankelijkheid verenigbaar met de manifestatie van waardigheid in het menselijk leven, het kan ons ook herinneren aan een van de fundamentele voorwaarden voor menselijk leven waaronder wij allen leven en dat is zijn fundamentele en onontkoombare relationaliteit. Het is een belangrijke taak voor de kerken om deze bronnen voor interpretatie toegankelijk te maken voor de ernstig zieke en stervende mensen, die ruimte bieden aan een zelf-verstaan van het leven als manifestatie van menselijke waardigheid en dat aanmoedigen. Dit onderstreept het belang van het ontwikkelen en het politiek voorrang geven aan palliatieve zorg in al zijn vormen, in hospices, palliatieve zorgunits, verpleegtehuizen of thuiszorg.

Bij pogingen niet alleen fysieke pijn maar ook psychologisch lijden, zowel sociale en relationele uitdagingen als spirituele problemen die gerelateerd zijn aan het gebrek aan zin en hoop te verlichten, kan goede palliatieve zorg een grote bijdrage leveren aan de mogelijkheden van de patiënten om het levenseinde als een manifestatie van waardigheid in plaats van als een gebrek aan waarde te ervaren. Op dit punt willen de protestantse kerken in Europa de aanbeveling van de Raad van Europa bij de lidstaten in herinnering brengen over de organisatie van palliatieve zorg (Raad van Europa 2003). De onderzoeken die gedaan werden in verband met dit rapport documenteren een wijd verspreide belangstelling en daadkracht in Europa door het instellen van palliatieve zorgdiensten, maar ook dat er “aanzienlijke verschillen zijn in de mate waarin palliatieve zorg beschikbaar is voor degenen die het nodig hebben” (Raad van Europa 2003: 22). Onder deze aanbevelingen die waard zijn in herinnering geroepen te worden is er een die de regeringen van de lidstaten oproept “beleid, wetgeving en andere noodzakelijke maatregelen te nemen voor een coherent en samenhangend nationaal beleidskader voor palliatieve zorg” (Raad van Europa 2003: 8).

Euthanasie en zich onthouden van behandeling: belangrijk verschil

Een dikwijls gebruikt argument onder degenen die geloven dat euthanasie moreel acceptabel is, is dat er geen moreel relevant verschil is tussen het zich onthouden van behandeling en euthanasie, en dat het daarom inconsistent is het eerste te accepteren en het tweede te verwerpen. Dit argument lijkt te berusten op de aanname dat aangezien de uitkomst – de dood van de patiënt – hetzelfde is in beide situaties, de situaties daarom gelijk zijn met betrekking tot hun moreel relevante kenmerken.

De resultaten zijn echter niet de enig relevante kenmerken in dergelijke situaties. Een ander aspect waar regelmatig aan gerefereerd wordt om een verschil tussen euthanasie en onthouding of beëindiging van een behandeling te rechtvaardigen is *opzet*. Waar het de bedoeling van het zich onthouden van een behandeling is een verlengd stervensproces te voorkomen, dat de patiënt ernstige pijn zonder andere positieve effecten of verbetering van zijn of haar situatie bezorgt, is de opzet van euthanasie om het leven van de patiënt te beëindigen. Maar het gebruik van opzet om dit onderscheid in moreel kenmerk te rechtvaardigen levert wat problemen op. Ten eerste is het in de praktijk wat moeilijk te hanteren. Onze bedoelingen zijn eerder poreus en flexibel dan vastomlijnd en stabiel, ze staan grotendeels open voor aanpassing overeenkomstig onze wensen en behoeften en ze zijn voor een bepaald deel ook ondoorzichtig voor onszelf. Of mijn bedoeling bij het onthouden van behandeling op een bepaald moment wel of niet wordt beschouwd als een futiele verlenging van de dood van een patiënt, of dat het is om de ellende van een patiënt te beëindigen, kan niet noodzakelijkerwijs met zekerheid worden vastgesteld. En bovendien, voor zover het kan, wordt opzet zelden beschouwd als een beslissend criterium om te besluiten in hoeverre een handeling acceptabel is. Een actie die in andere omstandigheden als verwerpelijk wordt gezien wordt zelden als gerechtvaardigd en acceptabel beschouwd op grond van het simpele argument dat de bedoeling goed was.

Een ander en meer overtuigend argument en consistente manier van rechtvaardiging van dit verschil tussen euthanasie en onthouding van behandeling is het verschil tussen “actie” en “nalatigheid”. Er is een moreel verschil of een specifieke situatie – zeg, de dood van iemand – tot stand komt door iemand’s nalatigheid of door de actie van iemand. Er is, volgens het argument, een relevant verschil tussen iets doen en het laten gebeuren van iets. Hier is het verschil niet gekoppeld aan het verschil in de subjectieve bedoeling van de tussenpersoon, maar gebaseerd op iemand’s objectieve betrokkenheid door zijn of haar acties en interventie. “Doen” en “laten” is niet hetzelfde wanneer het aankomt op morele evaluatie, zelfs wanneer de uitkomst in beide situaties hetzelfde is. Het punt is dat we niet alleen verantwoordelijk zijn voor de situaties die gebeuren, maar ook voor betrokkenheid bij hoe ze gebeuren door ons handelen en gedrag. Het is niet onbelangrijk voor morele evaluatie of iets gebeurt ten gevolge van mijn niet ingrijpen, of wanneer het gebeurt omdat ik iets doe. Uiteraard kunnen er situaties zijn die op zo’n manier uitgelegd kunnen worden dat alleen al niet tussenbeide te zijn gekomen de persoon niet minder schuldig maken dan wanneer hij of zij direct had gehandeld. Een passieve toeschouwer kan niet ontsnappen aan de morele schuld een kind te laten sterven door niet tussenbeide te komen toen het kind in de badkuip onder water ging. Maar zulke voorbeelden hebben geen overeenkomst met het verschil tussen het onthouden van levensverlengende behandeling en euthanasie. Bovendien kunnen zij het feit niet uitvlakken dat onze acties, praktijken en gedrag moreel van belang zijn en niet alleen het resultaat dat daaruit voortvloeit. Sommige van de protestantse kerken hebben dit onderscheid tussen het afwachten van de dood en het verhaasten van de dood als middel gebruikt om het verschil uit te leggen dat zij zien tussen het afzien van verdere, zinloze behandeling en euthanasie. Dit onderscheid vangt een belangrijke aspect van een overeenkomstig idee van morele subjectiviteit en bemiddeling.

Euthanasie en maatschappelijke effecten

Behalve deze bezwaren tegen de argumenten van autonomie en humaniteit ter ondersteuning van euthanasie is het niet ongebruikelijk een gedachte te wijden aan de potentieel ontwrichtende maatschappelijke effecten

van de legalisering van euthanasie. Sommigen vrezen een glijdende schaal wanneer euthanasie een wijdverspreide oplossing wordt in gevallen waar het levenseinde plaatsvindt door ernstige ziekte. Ongeacht of men de “glijdende schaal” als valide vorm van ethische argumentatie accepteert, de documentatie van de nationale wetgeving met de langste ervaring met het toestaan van euthanasie – Nederland – toont een constante toename sinds 2006. In 2006 werden er 1900 gevallen gerapporteerd, in 2010 ongeveer 3100. Voor 2006 leek er echter een paar jaar een daling in het aantal gevallen te zijn, dus het beeld is niet onmiskenbaar een gestage en voortgaande toename. Men moet ook in gedachten houden dat het nog altijd een zeldzame doodsoorzaak is, die bijna uitsluitend voorkomt binnen het domein van terminale kanker bij patiënten met een levensverwachting van niet meer dan een paar weken. Artsen lijken euthanasie als een ongewoon en belastend aspect van hun praktijk te ervaren en niet iets dat ze makkelijk opnemen of waar ze aan gewend raken. Maatschappelijke effecten zouden via verschillende indicatoren gemeten kunnen worden. Een daarvan zou uiteraard zijn hoe vaak euthanasie jaarlijks voorkomt. In dat geval lijkt Nederland grond voor bezorgdheid op te leveren in de zin dat het moeilijk is het aantal gevallen te beheersen. Aan de andere kant zou men sociale effecten kunnen meten in de zin van de mogelijkheid tot het waarborgen van het nakomen van wettelijke regelingen en in het algemeen goed gefundeerde praktijk, in welk geval de Nederlandse situatie waarschijnlijk zo slecht niet is. Het lijkt erop dat aan de voorwaarden om gevallen van euthanasie niet te vervolgen wordt voldaan, en dat de toetsingscommissies die opgezet zijn om de naleving in concrete gevallen te onderzoeken daadwerkelijk in staat zijn wanpraktijken en escalatie van euthanasie om andere redenen en op andere manieren dan die door de wet zijn aangegeven te voorkomen.

Euthanasie en wetgeving

Het voorgaande deel maakt duidelijk dat de protestantse kerken euthanasie om een aantal redenen ethisch zeer problematisch vinden. Het is in tegenspraak met een aantal van de meest diepgewortelde morele overtuigingen, niet alleen vanuit specifiek christelijke traditie, maar vanuit een breder gemeenschappelijk moreel erfgoed, namelijk het ideaal geen onschuldig leven te nemen en de plicht het leven te beschermen, in het bijzonder het kwetsbare en breekbare. De argumenten die meestal gepresenteerd worden om deze fundamentele morele overtuiging te weerspreken, namelijk die van autonomie en humaniteit, tellen niet als ethische rechtvaardiging van euthanasie. Dit is echter op zichzelf geen oplossing voor de vraag over wetgeving en of euthanasie toch gelegaliseerd zou kunnen worden, ondanks het feit dat het niet verdedigbaar is op grond van christelijke ethiek. Er zijn blijkbaar praktijken en idealen die door christelijke ethiek veroordeeld worden en die toch wettelijk zijn toegestaan.

De kwestie van legalisatie van euthanasie is verbonden met het complexe onderwerp van de relatie tussen ethiek en de wet. Afgezien van de vraag naar de ethische aanvaardbaarheid berust het op de vraag of euthanasie beschouwd kan worden als een zaak waar maatschappij, politieke regel en wetgevende macht een legitieme autoriteit hebben, of dat de autoriteit berust bij het individuele geweten. Met het oog op de kwestie van euthanasie en of het gelegaliseerd moet worden zijn de volgende bezwaren in overweging te nemen. Het belangrijkste is dat legalisering van euthanasie de normalisatie van een procedure tot beëindiging van het leven van een ernstig en onherstelbaar zieke persoon inhoudt met goedkeuring van staat en maatschappij. Ongeacht de beweringen van degenen die voor legalisering zijn dat er strikte wettelijke eisen en voorwaarden zullen komen en dat het alleen voorbehouden is aan uitzonderlijke en incidentele gevallen, betekent het toch de

introductie van euthanasie als een onderdeel van normale wetgeving en juridische praktijk. Dit is een duidelijk andere en verder reikende oplossing van die door sommige landen in bepaalde situaties wordt gevolgd. In zeldzame gevallen waarin artsen (of anderen) openlijk hebben toegegeven euthanasie te plegen of te hebben gepleegd is afgezien van vervolging op grond van het feit dat duidelijk was, hoewel er volgens de wet een misdrijf was gepleegd, het gedaan was op verzoek van de terminaal zieke patiënt om de patiënt van onbehandelbare pijn en ongemak in de laatste uren van het leven te bevrijden. Deze mogelijkheid van de wet om in sommige extreme en zeer zeldzame gevallen niet te vervolgen kan gezien worden als het resultaat van de dubbele zorg dat 1) er situaties kunnen zijn waar vervolging een misplaatste reactie lijkt, en 2) het fundamentele principe nog steeds gehandhaafd blijft dat de door de staat gesanctioneerde beëindiging van het leven van ernstig zieke patiënten niet genormaliseerd dient te worden en geen deel moet uitmaken van normale wetgeving. Met deze opening is er wellicht een manier om het bestaan te erkennen van morele tragedies, situaties waar een schending van elk van de twee of meer diep gewortelde en essentiële morele bezwaren niet kan worden voorkomen en waar ongeacht wat er gedaan is, een fundamentele morele grondslag misvormd zal zijn. Erkenning van de mogelijkheid van een morele tragedie is ook totaal verschillend van zeggen dat de ene oplossing daarmee ethisch goedgekeurd is. De tragedie ligt precies in het feit dat er geen manier is om morele schuld te vermijden.

Euthanasie: conclusie

De protestantse kerken zijn zeer bezorgd om patiënten en familieleden die door een martelend proces van ernstige en terminale ziekte gaan en in afwachting zijn van de dood, zich realiserend dat niet alleen onze maatschappijen nog onvoldoende toegerust zijn om hen in deze situaties ter zijde te staan, maar dat zij als geloofsgemeenschappen nog steeds niet de nabijheid, steun, troost en hoop bieden die de opdracht is van het christelijk geloof. Nu wij met deze realiteit geconfronteerd worden is er reden ons bewust te zijn van deze tekortkomingen met betrekking tot de patiënten en families alvorens te snel een moreel oordeel te vellen. De fundamentele roeping voor maatschappijen, gemeenschappen en kerken is te garanderen dat adequate zorg, troost en verlichting van pijn en lijden beschikbaar zijn en geboden worden en gemeenschappen en waarden te bevorderen die ernstig zieke en volledig afhankelijke mensen het leven met onaantastbare en onverkorte waardigheid laten ervaren.

Protestantse kerken vinden euthanasie ethisch problematisch als antwoord op deze situatie en wel om een aantal redenen. Het is in tegenspraak met diepgewortelde morele overtuigingen, niet alleen van een specifiek christelijke traditie, maar van een breder gemeenschappelijk moreel erfgoed, namelijk het ideaal geen onschuldig leven te nemen en de plicht het leven te beschermen, in het bijzonder kwetsbaar en breekbaar leven. En de argumenten die meestal gepresenteerd worden om deze fundamentele morele overtuiging te weerspreken, namelijk die van autonomie en humaniteit, tellen niet als ethische rechtvaardiging van euthanasie. Het is moeilijk te verenigen met een van de meest essentiële en constante overtuigingen en geloften van de christelijke traditie, namelijk dat de fundamentele en onvervreembare waardigheid van menselijk leven niet berust in zijn vermogen tot onafhankelijke zelfbeschikking en vertegenwoordiging, maar in de scheppende en rechtvaardigende liefde die een mens van God in Christus ontvangt.

Dit kan niet uitsluitend gezien worden als een kwestie van individueel geweten dat de staat zou moeten legaliseren. Legalisering zou een soort normalisering en goedkeuring van euthanasie inhouden, die het verandert in een gewoon en vaststaand element van medische en klinische praktijk. Het feit dat morele tragedies zich voordoen, bijvoorbeeld situaties waarin er geen manier te vermijden dat een noodzakelijk en essentieel moreel goed verminkt wordt, kunnen een excuus bieden voor een wettelijke uitvlucht – zoals in sommige landen gedaan wordt – door het niet vervolgen in zeldzame en extreme gevallen en dus niet de verplichte legale procedures te volgen.

8 Hulp bij zelfdoding

8.1 Definitie van het probleem

Behalve de grens aan behandeling, palliatieve sedatie en dood op verzoek (euthanasie) behoort hulp bij zelfdoding tot de categorie beslissingen met betrekking tot het "levenseinde". In tegenstelling tot euthanasie wordt de dood in dit geval niet direct veroorzaakt door een derde, maar door de persoon die wenst te sterven. De noodzakelijke middelen om dit te doen echter, worden verstrekt door een derde. Het meest voorkomende geval is wanneer een arts de patiënt voorziet van een dodelijk medicijn dat door de patiënt zelf kan worden toegediend.

Als boven gesteld zijn er grote verschillen in de Europese landen in de wettelijke regelingen voor hulp bij zelfdoding.

Sommige landen verbieden euthanasie en hulp bij zelfdoding, terwijl andere landen, Duitsland en Zwitserland zijn gerenommeerde gevallen, euthanasie een misdrijf noemen, maar hulp bij zelfdoding niet, op voorwaarde dat er aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan (vergelijk 2.3).

Eerder was uitvoerig besproken dat we geen overtuigende gronden of overwegingen vinden op grond waarvan de krachtige morele vooronderstelling tegen het beëindigen van iemand's leven door euthanasie opzij gezet zou kunnen worden. De vraag is daarom of hulp bij zelfdoding vergelijkbaar is met euthanasie en op dezelfde grond afgewezen moet worden. Als hulp bij zelfdoding niet op één lijn staat met euthanasie, houdt dat dan in dat hulp bij zelfdoding in sommige situaties feitelijk acceptabel kan zijn? En als het niet hetzelfde is als euthanasie, wat houdt dat in voor de evaluatie van hulp bij zelfdoding? Op dit punt rijst de vraag over een moreel en/of wettelijk recht op zelfdoding en mogelijk een recht op hulp bij zelfdoding voor mensen die niet in staat zijn die handeling zelf uit te voeren.

8.2 Hulp bij zelfdoding en euthanasie

Degenen die geloven dat hulp bij zelfdoding gerechtvaardigd zou kunnen zijn stellen meestal voorwaarden op die vergelijkbaar zijn met die voor euthanasie, en stellen dat het uitsluitend voorbehouden blijft aan bepaalde situaties en op bepaalde voorwaarden. De belangrijkste hiervan zijn: dat de persoon in kwestie ernstig ziek is, zonder hoop op genezing of effectieve geneeskundige behandeling. De handeling van hulp bij zelfdoding, evenals euthanasie, komt in overweging waar het een essentieel belang is een ernstig zieke patiënt tegen verdere pijn, kwelling en leed te beschermen. Het is een poging om barmhartig te reageren op het lijden, de angst en fysieke en mentale aandoening van de patiënt. (Daarom laten we de hulp bij zelfdoding in andere situaties dan ernstige en terminale ziekte, zoals existentiële wanhoop en uitzichtloosheid en geestesziekte zoals ernstige depressie buiten beschouwing.) En evenals bij euthanasie, ongeacht of iemand gelooft dat het een misleide reactie is, moeten wij in gedachten houden hoe deze handelingen gekoppeld zijn aan bezorgdheid, medeleiden en empathie voor een ernstig zieke en lijdende mens. Daarom zijn euthanasie en hulp bij zelfdoding allebei doodsoorzaken die veroorzaakt zijn door en onlosmakelijk verbonden zijn met de meest tragische omstandigheden. Deze onontkoombare context van de tragedie van menselijk lijden en verdriet

dwingt ons tot onthouding van een haastige morele veroordeling en roept in het bijzonder op tot grote terughoudendheid in de veroordeling van hen die geen andere weg uit hun eigen kwelling en aandoening dan de dood langs deze weg te zoeken. Afwijzing van hulp bij zelfdoding zou eveneens een morele belasting met zich mee kunnen brengen waaraan niet eenvoudig te ontsnappen is.

Een verdere kwalificatie die zowel voor euthanasie als voor hulp bij zelfdoding opgaat, is dat een verzoek om hulp vrijwillig en bestendig gedaan moet worden. Er mag geen druk zijn van echtgenoot, familie, vrienden, geneeskundig personeel en andere mogelijkheden tot genezing en zorg moeten onderzocht en nutteloos en zonder substantieel effect gebleken zijn. Evenals bij euthanasie roept dit de vraag op hoe kan worden vastgesteld dat aan deze voorwaarden is voldaan. Hoe kan bijvoorbeeld met voldoende zekerheid worden vastgesteld dat familieleden – ondanks hun beste bedoelingen – zich niet zo gedragen dat er voor de patiënt een gevoel ontstaat gedwongen en gecontroleerd te worden, of in een bepaalde richting gestuurd te worden met betrekking tot zijn of haar levenseinde?

In andere opzichten lijkt hulp bij zelfdoding echter te verschillen van euthanasie. In gevallen van hulp bij zelfdoding wordt de handeling die het levenseinde veroorzaakt door die persoon zelf uitgevoerd, terwijl dat in het geval van euthanasie gedaan wordt door een ander. Het is waarschijnlijk dit verschil dat ertoe geleid heeft dat sommige wetgevende systemen (zoals in Zwitserland, in de staten Oregon en Washington in de VS) hulp bij zelfdoding toestaan en euthanasie toch buiten de wet stellen. Het verschil dat de “toeschouwer” slechts de noodzakelijke middelen voor beëindiging van het leven verstrekt en de persoon er zelf gebruik van moet maken om zijn/haar leven te beëindigen heeft geleid tot de bewering dat hulp bij zelfdoding een werkelijke autonome handeling is, terwijl bij de keus voor euthanasie niet altijd kan worden vastgesteld of dat werkelijk het geval is. Een dergelijke benadering, wordt beweerd, spreekt zich uit ten gunste van het accepteren van hulp bij zelfdoding zonder noodzakelijkerwijs euthanasie te accepteren. Hoewel theoretisch gezien het onderscheid tussen het leveren van de benodigde middelen om iemand's leven te beëindigen en het werkelijk beëindigen van iemand's leven door een directe en opzettelijke handeling nogal duidelijk lijkt, zouden de grenzen in het echte leven wat vager kunnen zijn. Een recept schrijven voor een dodelijk medicijn, het echt ophalen van het medicijn bij de apotheek en het wellicht makkelijk bereikbaar op het nachtkastje leggen, de dop eraf halen en de pillen aan de patiënt overhandigen en de pillen voor de patiënt in de mond stoppen om die zelf te slikken in plaats van uit te spugen zijn allemaal vormen van het leveren van de noodzakelijke middelen, die gevolgd moeten worden door een handeling van de patiënt om het leven te beëindigen. En toch lijken er heel verschillende vormen van betrokkenheid in de zin van actieve betrokkenheid en deelname aan het einde van de patiënt te zijn, waarvan sommige heel dicht in de buurt van euthanasie komen.

8.3 Moreel recht op hulp bij zelfdoding

Daarom zijn sommige van de bezwaren tegen het rechtvaardigen van euthanasie op grond van autonomie en humaniteit ook van toepassing op hulp bij zelfdoding. Ten eerste zouden autonome beslissingen voor het verkrijgen een bepaalde vorm van hulp of dienst (en alleen maar het weerstand bieden aan interventie) vertroebeld en onduidelijk kunnen zijn door de situatie van kwelling, pijn en angst waarin de patiënt verkeert, ook in het geval van hulp bij zelfdoding. Hoewel niet onmogelijk, is een weloverwogen autonome beslissing, niet misleid of vervormd door de omstandigheden van de situatie die de oorzaak zijn van het verzoek, in de

praktijk moeilijk vast te stellen. Degenen die hulp bij zelfdoding verdedigen beweren dat het beperkt moet en kan worden tot die gevallen waarbij de wens om hulp te ontvangen volgt uit een weloverwogen beslissing, niet gehinderd door psychiatrische ziekte of diagnose. In de Zwitserse context wordt ervan uitgegaan dat dit voldoende verzekerd wordt door de praktijk waarbij de hulpverlener meestal uitvoerig uitlegt wat de consequenties zijn wanneer de patiënt het slaapmiddel drinkt. Maar er is ook kritiek op de huidige praktijk, inclusief de zorg en psychologische kwaliteit van het advies en ondersteuning zoals die door organisaties als EXIT en DIGNITAS gegeven wordt aan degenen die zelfdoding willen plegen.

Ten tweede worden autonomie en autonome beslissingen met betrekking tot zelfdoding met hulp, evenals beslissingen over euthanasie, waarschijnlijk beïnvloed en gevormd door de context van waarden, standpunten over waardig en waardevol leven, sociale en culturele patronen met betrekking tot hoe een ernstig ziek en stervend leven wel of geen waardigheid en waarde kan behouden. Het is bekend dat verzoeken om hulp tot levensbeëindiging voortkomen uit de beoordeling van een aantal factoren door de patiënt, die hij of zij essentieel acht voor de levenskwaliteit. Slechts in beperkte mate zijn deze factoren lichamelijk bepaald. Andere aspecten, zoals relationele, psychologische, existentiële en spirituele aspecten zijn meestal ook belangrijk. Maar zulke factoren zijn vatbaar voor andere vormen van reactie en nabijheid dan alleen maar hulp bij levensbeëindiging. Ten derde, zoals uitvoerig was beargumenteerd met betrekking tot euthanasie (vgl. hierboven) verschilt een christelijke visie op vrijheid van autonomie met een visie van zelfbestemming en het gezag en de vrije planning en besturing van iemands eigen leven. De essentie daarvan is het ontvangen van het leven als geschapen naar het beeld van God en gerechtvaardigd door het geloof en dat op die basis geroepen is tot verantwoordelijke zorg voor Gods genadegave. Aldus, hoewel hulp bij zelfdoding op het eerste gezicht een meer werkelijke en onbetwistbare autonome handeling lijkt kan een christelijke opvatting van vrijheid nauwelijks meer dienen als rechtvaardiging voor hulp bij zelfdoding dan voor euthanasie.

Een verdere overweging van degenen die toegang tot hulp bij zelfdoding verdedigen is dat het minder belastend is voor de artsen dan euthanasie. In gevallen van hulp bij zelfdoding kan degene die de noodzakelijke middelen (zoals het dodelijke medicijn dat door de patiënt moet worden ingenomen) heeft geleverd daarna wegllopen (waarmee wij niet willen zeggen dat hij of zij dat zou doen) omdat de handeling van levensbeëindiging uitsluitend door de patiënt wordt uitgevoerd. Het bevrijdt de arts van de zware last degene te zijn die de handeling uitvoert die het leven van de patiënt beëindigt. Dat zou best het geval kunnen zijn, maar in plaats van een argument ten gunste van hulp bij zelfdoding illustreert het de mate van verlatenheid van de persoon die ziek, lijdend en wanhopig is en geen andere uitweg ziet dan beëindiging van zijn of haar leven. Medeleven en zorg verlangt nu juist dat een persoon niet verlaten en alleen gelaten wordt met de verschrikkelijke keuze wel of niet een einde aan zijn/haar leven te maken, met wellicht de passende middelen klaarliggend op het nachtkastje. Hoewel hulp bij zelfdoding inderdaad op verschillende manieren kan worden uitgevoerd en wellicht de aanwezigheid van beminde tot troost en nabijheid inhoudt lijkt het argument dat hulp bij zelfdoding een meer waarachtig autonome actie is te vooronderstellen dat het in eenzaamheid en geheel zelfstandig wordt uitgevoerd, ongestoord, maar ook zonder nabijheid van anderen. En dit kan nooit zijn waar een christelijke visie van mededogen en zorg voor de zieken en stervenden mee instemt, laat staan van ons verwacht.

Of er wel of geen moreel recht op hulp bij zelfdoding kan zijn kan niet losgemaakt worden van de ethische evaluatie van zelfdoding op zich. Zelfdoding staat in de meeste gevallen bekend als het tragische resultaat van psychiatrische aandoeningen of ziekten zoals ernstige depressie en is op zich niet in eerste instantie

onderwerp van ethisch of moreel oordeel. Mensen die proberen een eind aan hun leven te maken of daar werkelijk in slagen moeten niet tegemoet getreden worden met morele evaluatie, laat staan veroordeling of toekenning van schuld, maar met zorg, medeleven en troost, of met troost en spijt dat hen voor hun dood geen adequate hulp werd verleend. Het is, zeggen we met Bonhoeffer, een marginale situatie die geen ruimte biedt voor beoordeling en veroordeling door anderen.

Dat gezegd hebbende is er een brede consensus dat de Bijbel en essentiële elementen van de christelijke morele traditie, zoals het idee van de onvervreembare waardigheid van iedere mens als beeld van God, geen onderbouwing bieden voor of het recht geven op zelfdoding. In het bijzonder zijn zelfdoding en de omstandigheden die daartoe leiden geen moreel neutraal terrein in de zin dat toeschouwers vrij zijn om iemand te helpen bij een poging tot zelfdoding. Zoals elders in deze tekst onderstreept werd betekent een christelijke visie op vrijheid verantwoordelijkheid voor het ontvangen leven, geen autonome aard, zelf- beschikking, of eigendom van dat leven. Wanneer iemand uit wanhoop of depressie zelfdoding overweegt is de verantwoordelijkheid van de toeschouwers niet deze beslissing te bevestigen of goed te keuren, maar juist om het leven te beschermen en troost en zorg aan de lijdende te bieden.

Dit is ook van toepassing op de evaluatie van hulp bij zelfdoding. Zelfs wanneer degene die hulp bieden zelf de dood niet veroorzaken ondersteunen zij actief de bedoeling van de betrokkene zichzelf te doden, een eind aan zijn of haar leven te maken, hetgeen in beginsel in tegenspraak is met de christelijke houding overeenkomstig waarvan leven beschermd en in stand gehouden moet worden. In beginsel is het onze taak anderen aan te moedigen te leven, hen te ondersteunen en indien mogelijk hen af te houden van zelfdoding. Niemand heeft echter het recht iemand te veroordelen die door een onomkeerbaar verslechterende medische aandoening en de daarmee gepaard gaande pijn en lijden zijn of haar levenssituatie niet langer als zinvol kan zien en niet langer de kracht of de wil heeft verder te gaan met dit leven.

Tegelijkertijd zouden de kerken moeten verhinderen deze moeilijke en tragische situaties uit te leggen als een keuze tussen een handlanger zijn bij zelfdoding en het verlaten van een patiënt die, na langdurig overleg en evaluatie van zijn of haar situatie, vastbesloten is zijn of haar keuze tot zelfdoding door te zetten. Dit is in het bijzonder een uitdaging in omstandigheden waar hulp bij zelfdoding gelegaliseerd is en een overweldigende steun bij de bevolking heeft. In zulke omstandigheden kunnen kerken zichzelf niet simpelweg ontslaan van hun verantwoordelijkheid door veroordeling van een praktijk. Zij moeten ook wegen vinden om trouw te blijven aan hun roeping onder omstandigheden waar een grote meerderheid van de bevolking toegang tot hulp bij zelfdoding of euthanasie ondersteunt.

Patiënten die hun zelfdoding voorbereiden als een weloverwogen en langdurige bewuste keuze, mogelijkerwijs onder martelende pijn, angst, leed en eenzaamheid, moeten zeker niet verlaten worden door hun christelijke gemeenschap. Het is een ware uiting van de christelijke roeping om zorg en mededogen te betonen aan hen die lijden dat diakenen, predikanten en vrijwilligers van onze gemeenten ermee doorgaan de ernstig zieke en wanhopige mens nabij te zijn, te begeleiden en te dienen met het troostende woord van God, advies en gebeden, ook wanneer hij of zij zich begeeft op een weg die de kerken niet als ethisch ideaal en goed beschouwen. Doorgaan met het terzijde staan van die persoon zou ethisch niet moeten worden afgedaan als het assisteren bij iemand's zelfdoding, maar eerder als een teken van christelijke barmhartigheid voor een broeder of zuster die in een staat van ernstige kwelling en lijden verkeert en geen andere uitweg kan zien.

8.4 Wettelijk recht op hulp bij zelfdoding

Ethisch of wettelijk kan geen positief recht op zelfdoding en hulp bij zelfdoding ontleend worden aan de decriminalisering van zelfdoding of poging tot zelfdoding of aan de mogelijke decriminalisering van hulp bij zelfdoding. Derhalve zijn de wettelijke regelingen die hulp bij zelfdoding beschouwen als een criminele handeling niet in strijd met de Europese Conventie van de rechten van de Mens.

Hierbij is de uitspraak in de zaak van Diane Pretty in het voorjaar van 2002 van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens relevant. Mevrouw Pretty wilde de verzekering van het Europese Hof voor de Rechten van de Mens dat haar echtgenoot niet zou worden vervolgd wanneer hij haar hielp bij zelfdoding, hetgeen in Groot Brittannië een misdaad is. De aanklaagster was fysiek niet langer in staat zichzelf te doden in verband met haar ziekte (amyotrofe laterale sclerose - ALS) en betoogde dat ze werd gediscrimineerd vergeleken met hen die nog in staat waren zichzelf te doden. Het Europese Hof voor de Rechten van de Mens besloot echter dat het recht op leven (artikel 2 van de Europese Conventie voor de Mensenrechten) en het recht tot bescherming op de persoonlijke levenssfeer (artikel 8 van de Europese Conventie voor de Mensenrechten) niet het recht op zelfdoding of dood op verzoek inhielden. Aan de andere kant moest worden beargumenteerd dat een voordeel zou worden onthouden aan patiënten die niet langer in staat zijn zichzelf te doden.

Dit heeft echter duidelijk gemaakt dat er geen positief recht op zelfdoding en dus geen recht op hulp bij zelfdoding kan worden ontleend aan de mogelijke decriminalisering van zelfdoding (vgl. boven 2.3 voor verdere analyse van de wettelijke situatie met betrekking tot euthanasie en zelfdoding).

8.5 Hulp bij zelfdoding: conclusie

Evenals bij euthanasie ontstaat de vraag naar hulp bij zelfdoding meestal in tragische situaties, waar patiënten door verschrikkelijke lijden en aandoeningen gaan, niet alleen fysiek, maar ook psychologisch, existentieel en spiritueel. Deze tragische context, die zou kunnen inhouden dat er morele overwegingen op het spel staan waaraan nooit voldoende aandacht besteed kan worden, moet nooit genegeerd worden.

Hulp bij zelfdoding staat nooit op een lijn met euthanasie. De persoon die hulp verleent bij zelfdoding is op een andere manier bij de dood van de patiënt betrokken, niet door opzettelijk en direct beëindiging van iemands leven, maar door de patiënt de noodzakelijke middelen te verschaffen om zijn of haar leven te beëindigen. In de praktijk kan de lijn daartussen echter niet zo heel duidelijk zijn. Wij zijn daarom van mening dat verschillende van de bezwaren tegen euthanasie die hierboven besproken zijn, ook van toepassing zijn op hulp bij zelfdoding. De problemen die verbonden zijn met het aanwenden van autonomie en autonome besluitvorming als vermeende grond voor van euthanasie, zijn dezelfde als met betrekking tot hulp bij zelfdoding. Bovendien, hoewel het formeel een autonome handeling is in de pure zin van uitgevoerd wordend door de patiënt haar- of hemzelf, blijft het een ernstig probleem en uitdaging dat hulp bij zelfdoding, evenals euthanasie, lijkt in te houden dat de patiënt alleen gelaten wordt terwijl troost, nabijheid en zorg geboden zouden moeten worden. Op dit punt is het essentieel dat ongeacht enigerlei ethische evaluatie van deze kwestie, kerken en gemeenten

binnen de context waar hulp bij zelfdoding is gelegaliseerd en regelmatig wordt uitgevoerd, de patiënt niet verlaten, maar doorgaan met de begeleiding, bemoediging en ondersteuning van de patiënt, ook wanneer de patiënt vastbesloten is om door te gaan met hulp bij zelfdoding. De dienende aanwezigheid van het personeel en de vrijwilligers van de gemeente met advies, het woord van God en gebeden, moet niet worden afgedaan als medeplichtigheid aan zelfdoding, maar moet worden aangemoedigd als het voldoen aan de roeping van de kerk en van christenen.

De erkenning dat hulp bij zelfdoding niet alleen een component inhoudt van hulp bij de dood van een ander mens, maar ook een component van zelfdoding, maakt het noodzakelijk dat het onderwerp zelfdoding op zich onder de loep genomen wordt. In de erkenning dat zelfdoding meestal het resultaat is van ernstige geestelijke aandoeningen en ernstige depressie, zijn morele evaluaties niet het belangrijkste. Wanneer wij geconfronteerd worden met het onderwerp van hulp bij zelfdoding is het van belang te onderkennen dat de begrippen vrijheid en verantwoordelijkheid binnen de christelijke ethiek en protestantse traditie niet de soevereiniteit over het eigen leven inhouden op de manier die de keuze het eigen leven te beëindigen accepteert. Er is ook geen wettelijk recht op zelfdoding of een eis dat anderen zouden moeten afzien van het tussenbeide komen bij een poging tot zelfdoding, laat staan iets dat iemand in staat stelt de noodzakelijke middelen ter beschikking te stellen om dat te doen.

Dus, hoewel er blijkbaar verschillen zijn tussen hulp bij zelfdoding en euthanasie, zijn deze verschillen niet zodanig dat de bezwaren tegen euthanasie verdwijnen in relatie met hulp bij zelfdoding. In tegendeel, wij komen tot de conclusie dat de belangrijkste argumenten tegen euthanasie die hierboven gepresenteerd zijn eveneens van toepassing zijn op hulp bij zelfdoding. Een lijdende en gekwelde patiënt die aan het eind van zijn leven gekomen is met al de fysieke, mentale, existentiële en spirituele pijn en lijden die dat met zich mee kan brengen, mag niet alleen gelaten worden, maar moet in tegendeel de mogelijkheid van nabijheid en troost van de christelijke gemeenschappen hebben waar hij of zij toe behoort.

9 Conclusie

De vragen van leven en dood die dit document heeft behandeld raken de diepste aangelegenheden van het menselijk bestaan. Patiënten die worstelen met het accepteren van hun moeilijke omstandigheden zijn zich zeer bewust dat er geen makkelijk antwoord is. Verwanten die hun beminden zien lijden worden verscheurd tussen het hopen op een eind aan het lijden door de dood en de hoop op een verder leven samen met hen. Artsen die beslissingen moeten nemen over leven en dood voelen de last van deze verantwoordelijkheid.

De morele kiesheid die in deze situaties gevraagd wordt confronteert ons met moeilijke keuzes. Ze kunnen niet worden afgedaan met verwijzing naar de een of andere catalogus met morele waarden met een ingebouwde hiërarchie voor het toepassen van die waarden. Ze moeten benaderd worden met een empathie zoals het leven van Jezus laat zien. De protestantse kerken in Europa zijn zich bewust van de vele aspecten van morele bezwaren en oordelen in vragen over leven en dood. Dit bewustzijn moet niet verward worden met een relativerende of uitsluitend situationele benadering. Zoals dit document heeft aangetoond zijn menselijke beslissingen over leven en dood, weloverwogen op grond van Bijbelse traditie en menselijke rede, de weerspiegeling van een duidelijk mandaat om het leven als gave van de Schepper te vieren en te verdedigen. Dit houdt het streven in naar een bestaan in waardigheid en vervulling voor ieder mens en het bijstaan van hem die door ernstig lijden gaan. Morele beslissingen die het respect voor het leven ondermijnen zijn niet verenigbaar met het christelijk geloof.

Hoewel er bij het besluit over de bepaalde manier waarop deze waardering van het leven kan worden bevorderd rekening gehouden moet worden met de specifieke omstandigheden van elk geval, is er een onbetwiste volmacht voor christelijk geloof zich in te zetten in de zorg voor ieder menselijk wezen. Behalve de beslissingen over leven en dood zullen christenen alles doen om menselijk lijden te verlichten en degenen die met pijn en wanhoop worstelen in hun laatste levensfase bij te staan. Artsen en verpleegkundigen zullen hun uiterste best doen pijn te verlichten door palliatieve zorg. Verwanten en vrienden zullen hun tijd beschikbaar stellen aan de betrokkenen. Voorgangers zullen de noodzaak de terminaal zieken bij te staan opvatten als een centrale dimensie van hun opdracht.

Zorg voor mensen en het bieden van geestelijke troost is een essentieel onderdeel van "kerk-zijn". Dit bevat een duidelijke taak van de kerken in de maatschappij. Ze zijn geroepen stem te geven aan het protest wanneer wettelijke barrières die het leven beschermen worden afgebroken. Zij zijn geroepen publiekelijk te pleiten voor adequate economische hulpmiddelen in ziekenhuizen en hospices om hen die in doodstrijd zijn de best mogelijk zorg te geven. Zij hebben de taak te pleiten voor het scheppen van een omgeving in de maatschappij die een vervuld leven voor ieder lid van de maatschappij bevordert, inclusief degenen die aan het eind van hun leven zijn.

Verwijzingen

Chochinov, H. M., Tataryn, D., Dudgeon, D. e.a.: Will to live in the terminally ill. (Levenswil bij terminaal zieken) Lancet 354:816-819, 1999.

Raad van Europa 1999. Protection of the human rights and dignity of the terminally ill and the dying. (Bescherming van de mensenrechten en de waardigheid van terminal zieken en stervenden). Aanbeveling 1418 (1999) van de parlementaire assemblee van de Raad van Europa, Straatsburg, 25.6.1999.

Raad van Europa 2003. Euthanasia. Document 9898 van de parlementaire assemblee van de Raad van Europa. Straatsburg, 10.9.2003.

Raad van Europa 2003a. Euthanasie. Opinion of the Committee on Legal Affairs and Human Rights (Opinie van het comité over wettelijke aangelegenheden en mensenrechten). Document 9923 van de parlementaire assemblee van de Raad van Europa. Straatsburg, 23.9.2003.

Raad van Europa 2003b. Aanbeveling Rec (2003)24 van de raad van ministers van de lidstaten over de organisatie van palliatieve zorg. Aangenomen door de raad van ministers op 12 november 2003 tijdens de 860e bijeenkomst van 860^e bijeenkomst van de ministeriële vertegenwoordigers.

Raad van Europa 2009. Palliative care: a model for innovative health and social policies (Palliatieve zorg: een model voor innovatief gezondheids- en social beleid). Resolutie 1649 (2009) van de parlementaire assemblee van de Raad van Europa. Straatsburg, 28.1.2009.

European Association for Palliative Care. Definition of palliative care.

<http://www.eapcnet.org/about/definition.html>

Glover, Jonathan. 1977. Causing Death and Saving Lives (Het teweegbrengen van de dood en het redden van levens). London: Penguin Books.

Gemeinschaft Evangelischer Kirchen in Europa / Community of Protestant Churches in Europe (2007), Gesetz und Evangelium. Eine Studie, auch im Blick auf Entscheidungsfunding in ethischen Fragen. Law and Gospel. A Study, also with reference to decision-making in ethical questions. Leuenberger Texte 10. Hg.v. Michael Bünker, Martin Friedrich. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Helsedirektoratet. 2008. Utkast til Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende. Helsedirektoratet . [Norwegian Directorate of Health.]

“Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit”. Door: Johansen, Sissel; Chr. Hølen, Jacob; Kaasa, Stein; Loge, Jon Håvard; Materstvedt, Lars Johan. Palliative Medicine, Oct. 2005, Vol. 19 Issue 6, p454-460

John Paul II (2004), Care for Patients in a “Permanent” Vegetative State. 33(43):737, 739-40

Keown, John (2002), Euthanasia, Ethics and Public Policy. An Argument against Legalisation. Cambridge: Cambridge U.P.

Leuenberger Kirchengemeinschaft (1997), Evangelische Texte zur ethischen Urteilsfindung. Protestant Texts on Ethical Decision-Making. Leuenberger Texte 3. Hrg.v. Wilhelm Hüffmeier. Frankfurt a.M.: Verlag Otto Lembeck.

Onwuteaka-Philipsen, B.D. et al. 2007. Evaluation – Summary. Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act. Hague

World Health Organisation 2007:

World Health Organisation. Palliative care. URL: <http://www.who.int/cancer/palliative/en/> [09.10.2008]

World Medical Association statement (2003).

Werkgroep voor ethische kwesties van de CPCE

Leden

Prof. Dr. Heinrich Bedford-Strohm, Bamberg

Ms. Laura Casorio, Rome

Prof. Dr. Sándor Fazakas, Debrecen

Univ. Prof. Dr. Ulrich H.J. Körtner, Wenen

Prof. Sergio Rostagno, Pinerolo

Prof. Dr. theol. Ulla Schmidt, Oslo

Prof. Dr. Jurjen Wiersma, Brussel

Coördinatie

Ds. Dr. Dieter Heidtmann, Brussel

Deelnemende experts

Prof. Dr. Theo A. Boer, Utrecht

Dr. Frank Mathwig, Bern

Prof. Dr. Stefanie Schardien, Hildesheim