

e u t h a n a s i e

Waarom	7
I. INLEIDING	9
a. De verhoging	9
b. Reclame-Ethiek	11
c. Ethische beoordeling	12
II. MEDISCH-ETHISCHE SYMPTOMEN	15
a. De grens tussen leven en dood	15
b. De strijd in de sterfende patiënt	17
c. Het ernstig ziekelijk getuigenis	19
d. Slachtoffer van het verkeer	20
e. De patiënt en de chronische patiënt	21
f. Nieuwsgierigheid tussen leven en dood	22
g. Bijeenkomst	23
h. Synode	24
i. Acties	25
III. SPIEGEL OVERWEGINGEN	28
a. Geen afgeronde bijbelse ethiek	29
b. Leven en dood in bijbels licht	28
c. Leven in de geboortestad	31
d. Het koninkrijk Gods en ons leven	32
e. Gerechtigheid	34
f. Pastoraal werk van de kerk	39

1972
BOEKENCENTRUM N.V. 'S-GRAVENHAGE

INHOUD

WOORD VOORAF 7

I. INLEIDING 9

a. De vraagstelling 9

b. Synode kerk 11

c. Ethische beschouwing 13

II. MEDISCH-ETHEERISCHE SITUATIE KORTZ 15

a. De grote lijnen leven en dood 15

b. De arts en de sterfende patiënt 17

c. Het ernstig ziekelijk geboren kind 19

d. Schietlijzen van het verkeer 20

e. De patiënt en de chronische patiënt 21

f. Nieuwsgierig leven en dood 23

g. Hoge verantwoordelijkheid van de patiënt 23

h. Synode als voor van euthanasie 25

i. Actieve euthanasie 26

III. ETHEERISCHE OVERWEGINGEN 28

a. Gods alwetende bijvoet elien 28

b. Leven en dood in bijvoet elien 28

c. Leven in de gebroeders 31

d. Het koninkrijk Gods en ons leven 33

e. Geneeswijzen 34

f. Ethische taal van de kerk 36

WOORD VOORAF

In haar vergadering van 22 februari 1972 aanvaardde de generale synode met algemene stemmen het rapport over de euthanasie, dat haar was voorgelegd door de Raad voor de zaken van Kerk en Theologie. De synode wil daardoor laten blijken, dat zij vanuit het Evangelie mee wil denken met allen, die bij de gezondheidszorg zijn betrokken, en die bij het voortschrijden van de medische wetenschap voor steeds gecompliceerder ethische problemen worden geplaatst. Bovendien roept de synode de ambtsdragers en de gemeenteleden op in de pastorale zorg grote aandacht te besteden aan diegenen die als arts, als verpleegkundige of als familie betrokken zijn bij de vragen waarover het rapport handelt. Dat deze pastorale zorg in het bijzonder gericht dient te zijn op de patiënten, die voor de laatste vragen van leven en dood geplaatst worden, behoeft nauwelijks opgemerkt te worden.

Het rapport laat slechts één stem horen onder vele. Het biedt geen pasklare oplossingen. Het wil evenmin de schijn wekken dat tekort wordt gedaan aan de eigen verantwoordelijkheid van allen die betrokken zijn bij ernstig lijden van een medemens. Soms werd de weg die naar de oplossing van vragen schijnt te leiden een eindweegs bewandeld. Soms ook moet men zich tevreden stellen met het aanduiden van dringende, ja uitdagende vragen, opdat de discussie daarover zal worden voortgezet.

De synode hoopt dat het rapport een bijdrage in de discussie zal kunnen zijn over het vraagstuk van de euthanasie in het kader van de zin en de begrenzing van het medisch handelen.

J. C. H. Jörg, praeses
F. H. Landsman, scriba

I. INLEIDING

a. De vraagstelling

Het vraagstuk van de euthanasie dringt zich in toenemende mate aan de mensheid op. In de medische vakliteratuur evenals in meer populaire periodieken en verhandelingen, maar ook via massacommunicatiemiddelen als radio en televisie, wordt de problematiek die samenhangt met het actieve of passieve ingrijpen in het stervensproces steeds duidelijker aan de orde gesteld. Men denke bijvoorbeeld aan de brochure van Prof. dr J. H. van den Berg over *Medische macht en medische ethiek* (Nijkerk, 1969), die zeer openhartig ingaat op de probleemstelling en een duidelijk antwoord geeft. Het komt ons voor, dat de kerk niet kan voorbijgaan aan de gecompliceerde problematiek die voortvloeit uit de gewijzigde situatie die een gevolg is van nieuwe medische middelen en technieken. Nog minder zal zij zich bij voorbaat mogen distantiëren door zich slechts negatief op te stellen tegenover voorstellen en gedachten die afwijken van het tot nu toe algemeen aanvaarde medisch-ethische gedragspatroon.

In medische kringen, en onder invloed daarvan ook eruiten, volstond men met een eenvoudig ethisch principe: men moest en mocht de ziekte door behandeling en verpleging bestrijden, maar als het levenseinde zich aankondigde, kon men niet anders dan afwachten. Door dit beginsel werd het gedrag van de arts bepaald. Hij zag het als zijn taak de dood tegemoet te treden met alle hem ten dienste staande middelen, door het toedienen van medicijnen en zo nodig door een chirurgische ingreep. Door gebruik te maken van verdere middelen trachtte hij het lijden zoveel mogelijk te verzachten. Maar als het moment kwam, dat elke menselijke macht faalde, moest hij in machteloze berusting toezien.

Op deze eenvoudige en schijnbaar vanzelfsprekende gedragsregel is de laatste jaren door een ware stroomversnelling in de medische wetenschap een aanval gedaan. Door de toepassing van nieuwe, medische methoden en door de ontdekking van nieuwe geneesmiddelen is het mogelijk geworden crisisverschijnselen, die het levens-einde gewoonlijk snel deden naderen, te bezweren en het doodsmoment te verschuiven. De medicus kreeg veel meer macht. Daardoor vermeerderde zijn vermogen tot heilzaam optreden in een nauwelijks voorstelbare mate. Deze ontwikkeling voltrok zich in slechts enkele tientallen jaren. Met name voor de bejaarde mens wordt daardoor een verlenging van het leven mogelijk, die eenvoudig ondenkbaar is in samenlevingsverbanden waar de moderne medische wetenschap niet is doorgedrongen. Ook de levenskansen van de niet geheel volwaardige mens worden aanzienlijk vergroot. Vroeger stierven velen van hen op jeugdige leeftijd. Thans kunnen zij de volwassenheid bereiken. Daarmede duiken geheel nieuwe problemen op, waardoor de twijfel kan rijzen of dit medisch succes voor de betrokkenen wel een zegen is. Tenslotte maakte de transplantatie-chirurgie het mogelijk zeer ernstige, ja onherstelbare gebreken aan onmisbare organen (hart en nieren) of gedeelten daarvan (hoornvlies) te verhelpen door deze te vervangen door overeenkomstige organen van levende of pas gestorven donors. Zelfs is men reeds in staat bepaalde organen te conserveren tot het moment dat men ze nodig heeft.

Het is duidelijk, dat de vragen, die uit de sterk gewijzigde situatie voortvloeien, een aandachtige ethische doordinking vereisen. Het gevaar dreigt immers, dat het medisch-ethisch denken geen gelijke tred houdt met de vak-technische ontwikkeling der wetenschap. Er zou daardoor een ethisch vacuüm kunnen ontstaan dat enerzijds het vertrouwen in de arts zou kunnen kwetsen en anderzijds de belangen der patiënten zou kunnen schaden.

b. Bredere kaders

De vraag die ons bezighoudt, staat niet op zichzelf. Zij is een onderdeel van een veel wijder probleemveld. Onze westeuropese (en daarin onze Nederlandse) maatschappij ontwikkelt zich meer en meer tot een god-loze samenleving, waarin productiviteit en in samenhang daarmee een groeiende welvaart als hoogste waarden worden ervaren. Ondanks het feit dat de sociale wetgeving het levenspeil voor brede lagen van de bevolking heeft verhoogd en de levensmogelijkheden aanzienlijk heeft vergroot, dreigt in toenemende mate het gevaar dat men het 'nut' en de 'waarde' van mensen – collectief en individueel – gaat beoordelen op grond van het aandeel dat zij (in hun arbeid of door hun kapitaal) kunnen leveren aan de bestendigheid en de vergroting van de welvaart. De uitdagende en beklemmende vraag komt daarom op ons af, wat het leven van een mens waard is in onze samenleving, met name het leven van hen, die niet meer aan het productieproces deelnemen, van hen, die in de ogen van velen een zinloos bestaan leiden: ernstig geestelijk en lichamelijk gestoorden, sterk gedementeerde bejaarden, verminkte slachtoffers van het verkeer, enz., enz. Het ligt op de weg van de kerk er steeds weer aan te herinneren dat juist de schijnbaar nutteloze, de lijdende en de ten achtergestelde mens het voorwerp is van Gods bijzondere zorg en liefde.

In dit kader plaatst de problematiek van de euthanasie ons voor de vraag waar de grenzen liggen van het medische handelen. Waar en wanneer leidt medische macht tot manipulatie van het menselijk leven? Waar overschrijdt de gezondheidszorg de grenzen van de barmhartigheid? Enerzijds sta vast dat de mens geroepen is om de wereld bewoonbaar te maken; dat wil zeggen om de natuur met behulp van wetenschap en techniek, met cultuur en ethiek om te vormen. Het omvormen van het in de natuur gegevene behoort tot de opdracht die de Schepper aan de mens meegaf. In dat perspectief moet

ook het medisch handelen worden gezien en gewaardeerd. Anderzijds zij ook duidelijk dat de mens niet gerechtigd is om autonoom en onbeperkt te doen wat hem goeddunkt. Hij heeft met zijn kennen en kunnen het leven, de mens, te dienen in het kader van de bedoeling die God met zijn schepping en met de mens daarin heeft. Overall waar mensen worden bedreigd, geschaad of zelfs opgeofferd ter wille van bepaalde belangen, geschiedt iets ongeoorloofds. Daarom mag niemand zich neerleggen bij het discrimineren van bepaalde mensen of mensengroepen, bij het bekneld laten raken van enkelingen en klassen in de nationale of internationale samenleving, bij het vergiftigen van het leefmilieu van ontelbaren, laat staan bij de 'kakothanasie' die in de oorlogsgebieden bedreven wordt. Daarom mag zelfs de mogelijkheid niet overwogen worden niet meer nuttige mensen op te ruimen.

In dit rapport spitst deze vraag zich toe op het medische handelen, zijn zin en vooral zijn begrenzing. Vaak wordt gezegd, dat de mens (i.c. de arts en zijn medewerkers) autonoom handelt, als hij het leven niet onder alle omstandigheden wil handhaven. Met evenveel recht mag men evenwel vragen of niet juist hij autonoom handelt, die zijn macht om het leven te kunnen rekken gebruikt tot het bittere einde, zodat een medemens in de laatste fase van zijn leven ontluiserd wordt en geen kans krijgt zijn eigen dood te sterven. In concreto stuiten wij op de vraag waar de grens is tussen het dienen van de mens en het zo manipuleren van zijn leven, dat de dood haast geen kans meer krijgt. Wanneer oefent de mens het 'dominium terrae' – het regeren over deze aarde – zo verkeerd uit dat hij het leven te zeer opoffert aan de dood of het leven te zeer onttrekt aan de dood? Het ene vraagstuk is nog dramatischer dan het andere.

c. Ethische benadering

De ethische problemen worden doorgaans op verschil-

lende manieren benaderd. Vaak wordt de ethische keuze bepaald door de algemeen aanvaarde gedragscode in een bepaald cultuurgebied. Sommigen laten de ethische beslissing afhangen van de concrete situatie, waarin men verkeert. Hun persoonlijke gedragslijn verandert indien de situatie zich wijzigt. Anderen menen dat de normen van het zedelijk handelen ontleend kunnen worden aan fundamentele wereldbeschouwelijk of religieus bepaalde overtuigingen die op diverse situaties toegepast moeten worden. Zij menen dat er onveranderlijke ethische normen zijn die onafhankelijk van de veranderingen in de situatie hun waarde behouden.

Wanneer de kerk naar woorden zoekt die richting kunnen geven aan het ethisch gedrag, zal haar spreken (rekening houdend met de gedragscode die zich heeft gevormd) zowel worden bepaald door de boodschap waaraan zij haar bestaan dankt, als door de vragen die oprijzen uit de concrete situatie. Ethisch handelen kan voor de kerk niet anders zijn dan zich bewegen in het spanningsveld dat ligt tussen de boodschap van het heil in Jezus Christus en de uitdaging van de wereld waarin zij leeft en werkt. Het is de taak van de kerk verkondigend in te gaan op de vragen die haar vanuit de menselijke samenleving worden gesteld. De vragen die uit de concrete situatie oprijzen, moeten worden beantwoord in aandachtig luisteren naar het getuigenis van de Heilige Schrift; maar ook dan verkeren wij meer dan eens in verlegenheid. Vaak kan men luisterend naar de Heilige Schrift slechts in afgeleide zin over bepaalde problemen spreken, om de eenvoudige reden dat zij niet voorkwamen in het culturele kader waarin het oude boek zijn vorm ontving. Vaak ook is de concrete situatie zo gecompliceerd en ondoorzichtig, dat er nog geen helderheid bestaat ten aanzien van de vraagstelling die zich opdringt.

In dit rapport zal daarom worden geluisterd naar de problemen waarvoor allen die bij de gezondheidszorg betrokken zijn, worden geplaatst. Dan zal aandachtig geluisterd worden naar het bijbelse getuigenis ten aanzien

van leven en dood. Eerst in confrontatie van beide kan geprobeerd worden enige voorzichtige conclusies te trekken en de weg te wijzen naar een verantwoord ethisch handelen.

II. MEDISCH-ETHISCHE SITUATIE SCHETS

a. De grens tussen leven en dood

Van oudsher heeft als ethisch principe voor artsen gegolden, dat het menselijk leven beschermd moet worden. Onmiddellijk na het verkrijgen van de artsbevoegdheid verplichten zij zich daartoe immers door het afleggen van hun ambtseed. Er werd van uitgegaan dat het leven een absoluut begrip is, waarvan men de grenzen duidelijk kon aanwijzen. De bescherming gold elk leven. Ook de bevruchte eicel werd als menselijk leven erkend. De artsen handelden overeenkomstig normen die algemeen aanvaard waren en die voor velen golden op grond van hun religieuze overtuiging. Als gevolg daarvan was bijvoorbeeld het aantal abortussen, door artsen verricht, zeer gering. Wanneer een arts toch abortus opwekte (op grond van niet-medische indicaties wel te verstaan), werd zijn daad algemeen veroordeeld. Waar in andere landen gelegaliseerde abortus bestond, werd dit door de Nederlandse artsen op grond van hun inziens hogere waarden als een verkeerde wetgeving beschouwd. De bonafide arts zou in de praktijk niet spoedig tot een abortus provocatus besluiten. Toch leerde de ervaring dat het begrip leven ook toen reeds op verschillende manieren benaderd kon worden en voor velen niet zo duidelijk was af te grenzen als men wel meende. Want iedereen zou de opwekking van een abortus minder streng beoordelen dan de moord op een pasgeboren kind. Bovendien was er een kloof tussen de praktijk en wellicht ook het normbesef van het publiek enerzijds en van de artsen anderzijds, want ongeoorloofde vruchtafdriving (abortus criminalis) kwam en komt veel voor.

Wij laten de vragen die de abortus provocatus oproept nu rusten. Wij wilden er slechts de aandacht op vestigen dat velen het menselijk leven ook vroeger niet hebben

ervaren als een grootheid die scherp was begrensd, gezien de wijze waarop het in de verschillende ontstaansfasen werd gewaardeerd.

Bij de euthanasie gaat het niet om het levensbegin, maar om het levenseinde. De moeilijke definieerbaarheid van het begrip leven is hier plotseling, in enige jaren, hoogst duidelijk geworden. Het gehele vraagstuk werd actueel door de mogelijkheid tot reanimatie, de transplantatieproblematiek en door het in leven blijven van grote aantallen van kinderen die zeer mismaakt geboren werden en van bejaarden, van wie een deel een zeer gereduceerd psychisch-biologisch leven heeft. Ook is het probleem van de kwaadaardige gezwellen actueler, nu steeds meer mensen een leeftijd bereiken, waarop deze frequenter voorkomen.

De niet-geslaagde reanimatie heeft ten gevolge, dat mensen buiten bewustzijn, zonder functionerende hersenschors in 'leven' kunnen worden gehouden. De transplantatie, en speciaal natuurlijk de harttransplantatie, brengt de noodzaak mede om organen zo snel mogelijk na het intreden van de dood te verwijderen, het hart zelfs al, wanneer het nog het vermogen bezit samen te trekken. De problematiek van de bejaarden met een uiterst gereduceerd biologisch en psychisch leven zal in de naaste toekomst meer aandacht gaan vragen en is wellicht nog veel reëler.

De praktische handelwijze van vele artsen berust nog steeds op de veronderstelling, dat leven een duidelijk begrip en een onaantastbare grootheid is. Vandaar dat men reanimatie-patiënten ziet die jaren in leven gehouden worden, ofschoon kan worden aangenomen, dat de hersenen zodanig zijn beschadigd, dat de patiënt nooit meer tot bewustzijn zal komen. Men krijgt echter wel de indruk, dat de praktische handelwijze snel aan het veranderen is en dat vele medici geneigd zijn in dat geval de kunstmatige beademing en voeding te staken. Wat het algemene normbesef hierover betreft, gaat de verande-

ring in theorie wellicht iets langzamer dan in de praktijk, maar toch niet zo heel veel.

Een grote stroomversnelling in het denken hierover is opgetreden door de noodzaak bij spectaculaire transplantaties de dood van het slachtoffer aan te nemen, terwijl het hart nog kon kloppen. Een groot verschil tussen het normbesef van het publiek enerzijds en van de artsen anderzijds lijkt hier niet aanwezig. Een minderheid van de artsen huldigt een opvatting over leven en dood van de mens, die zodanig is dat reanimatie nimmer gestaakt mag worden. Dit standpunt leidt tot onmogelijke consequenties en zal wel snel verdwijnen. De grootste problemen treden echter pas op, als men te maken heeft met een groep langdurige zieken met een slechte prognose. De vraag waar het om gaat is: of ook in deze gevallen getracht moet worden het leven te verlengen of dat men bepaalde handelingen mag of moet nalaten. Dit laatste noemt men *passieve* euthanasie. Een andere vraag is of men het leven mag verkorten als nevenresultaat van handelingen die noodzakelijk zijn om het lijden van de patiënt te verminderen. Men kan dit *indirecte* euthanasie noemen. Tenslotte rijst de vraag of het geoorloofd is die handelingen te verrichten die het oogmerk hebben het lijden van de patiënt (definitief) op te heffen doordat zij de dood van de patiënt ten gevolge hebben. Dit heet *actieve* euthanasie.

b. De arts en de stervende patiënt

De vraag of men het leven mag verkorten als nevenresultaat van handelingen, die noodzakelijk zijn om het lijden van de patiënt te verminderen, is van uitermate groot praktisch belang. Het verabsoluteren van het principe dat het leven niet verkort mag worden, impliceert bij lijden aan kwaadaardige gezwellen het accepteren van zeer veel smart; accepteren niet alleen door de patiënten maar ook door familieleden. Wellicht zouden artsen bij

het toedienen van pijnstillende middelen een andere gedragslijn kunnen volgen. Want men kan toch van het standpunt uitgaan, dat geen carcinoompatiënt over pijn mag klagen, zodat men de dosering van de pijnstillende middelen zodanig kan kiezen, dat de patiënt er zelden om behoeft te vragen. De bezwaren tegen deze wijze van handelen komen voor een deel uit de tijd, dat men geen goede pijnstilling kon krijgen zonder aanzienlijke vermindering van de bewustzijnsgraad. Daarbij gingen velen van de gedachte – dikwijls niet uitgesproken – uit dat de wijze van overlijden min of meer beslissend is voor het eeuwig lot van de mens. Deze gedachte blijkt uit de zogenaamde 'treffende laatste woorden', die vroeger (en ook nu nog) wel werden aangehaald als bewijs van het geloof van de patiënt. Aangezien steeds meer middelen ter beschikking komen die de pijn bestrijden zonder als bijwerking het bewustzijn te verlagen, zal het in toenemende mate mogelijk zijn een patiënt vrij van pijn te houden zonder dat hij overmatig slaperig of suf wordt. Of men met het gebruik van pijnstillende middelen het leven verkort, lijkt zeer dubieus en is bovendien van weinig betekenis. Het vrij zijn van pijn is een voorwaarde voor het beleven van het levenseinde als een zinvol stadium van het leven. Ook voor de pastor die de zieke in de laatste fase van het leven mag begeleiden is het belangrijk, dat de contacten niet bemoeilijkt worden doordat de patiënt aan zware pijnen is blootgesteld.

Wat de passieve euthanasie betreft, huldigen nog vrij veel artsen het standpunt dat men het leven moet verlengen, tenzij het sterven is ingetreden. Men krijgt wel eens de indruk, dat er bij de omstanders dan iets meer openheid is voor het feit dat menselijk leven niet onder alle omstandigheden en met alle middelen bevorderd hoeft te worden. Men hoort vaak familieleden van ernstig getroffen en psychisch sterk achteruitgaande patiënten vragen het leven niet nodeloos te rekken. De feitelijke praktijk onder artsen is, naar men mag aannemen, niet geheel in overeenstemming met wat de

meerderheid als norm aanvaardt. Of anders gezegd: het normbesef verandert zonder dat men hierover graag spreekt. Immers, het geeft een gevoel van onzekerheid wanneer regels, die algemeen werden aanvaard en door een lange traditie geheiligd schenen te zijn, niet meer als vaste regels voor alle gevallen gehanteerd kunnen worden. Een ethiek die uitgaat van vaste normen die niet variabel toegepast behoeven te worden, is gemakkelijk hanteerbaar. Een gewijzigde situatie vraagt evenwel om heroriëntering en om situationele beslissingen. Dit legt een zware verantwoordelijkheid op de schouders van patiënten en artsen, die naar bevind van zaken en personen zullen moeten besluiten en handelen. Daar komt nog bij dat de arts in onze verregaand gedemocratiseerde samenleving veel meer dan vroeger minstens rekening moet houden met de wensen van de patiënt, of – als deze niet bij kennis is – van de naaste familie. Daarover zo dadelijk onder g. meer.

c. Het ernstig mismaakt geboren kind

Meer dan vroeger ziet de medicus zich geplaatst voor de problematiek die opgeroepen wordt door de geboorte en het in leven houden van zeer mismaakte kinderen met een zeer gereduceerd psychisch leven. Door het toedienen van antibiotica hebben deze kinderen meer levenskansen dan voorheen. Meestal kunnen zij thuis niet worden verpleegd, zodat de samenleving zich zeer zware offers moet getroosten om het in veler oog zinloze leven van deze patiënten te rekken. Afgezien daarvan is het leed van de verwanten nauwelijks te peilen, die zich moreel gebonden weten het kind te bezoeken, maar door gebrek aan elke vorm van communicatie steeds opnieuw psychisch gekwetst huiswaarts keren, totdat zij de moed niet langer opbrengen hun plichtmatige bezoeken vol te houden.

Aangeboren gebreken of infecties in het allereerste levensstadium kunnen het uitzicht op een menswaardig bestaan ontnemen, gesteld dat wij van al of niet menswaardig leven mogen spreken. Een meningitis in de eerste week van het leven kan bijvoorbeeld als resttoestand een hydrocephaal kind overlaten met aanvankelijk snel toenemende schedelomvang. Chirurgische ingrepen doen slechts een zeer gedeeltelijk resultaat verwachten. De ouders weigeren het kind deze behandeling te laten ondergaan, omdat zij grote weerstand hebben een sterk beschadigd kind in leven te laten. Door een zorgvuldige verpleging gelukt het het kind maandenlang in leven te houden. Het enorme hoofd wordt elk half uur op de andere zijde gelegd om doorliggen te voorkomen. De goede verzorging resulteert in het voortslepen van een lijden dat zinloos lijkt. Krijgt zulk een kind longontsteking, moet het dan nog met penicilline worden behandeld? Vele artsen zullen deze vraag ontkennend beantwoorden en daarmee kiezen voor de feitelijke toepassing van de passieve euthanasie. Sommigen achten het legitiem ook de vraag naar actieve euthanasie te stellen. Zij zijn zich bewust hoe hachelijk het is hier verantwoord te handelen en pleiten voor het vormen van multidisciplinaire werkgroepen, die in concrete gevallen een weg trachten te vinden waarbij de kwaliteit van het leven belangrijker is dan de tijdsduur ervan.

d. Slachtoffers van het verkeer

De slachtoffers van het verkeer vormen een eigen categorie, die groeit naarmate de intensiteit van het weggebruik toeneemt. Velen worden zwaar gewond en soms ernstig verminkt en buiten bewustzijn naar het ziekenhuis gebracht. De aard van het letsel is meestal niet onmiddellijk vast te stellen. Na onderzoek kan blijken dat een ogenschijnlijk zware verwonding kans op volledig herstel biedt. Evenzo kan een schijnbaar licht letsel voor

de patiënt ernstige gevolgen hebben. Maar afgezien van de aanvankelijke indruk die de verwondingen maken, wordt een behandeling aangevangen, waarvan niet altijd vaststaat dat het verantwoord zal zijn haar voort te zetten. Want meer dan eens zal naderhand blijken dat de hersenen dusdanig zijn beschadigd, dat zij niet meer kunnen functioneren. Wanneer deze beschadiging onherstelbaar is, zullen vele artsen daaruit de conclusie trekken dat de patiënt geen enkel uitzicht heeft op herstel, hoe gedeeltelijk ook, zelfs al functioneren hart en longen al of niet met behulp van technische middelen. Steeds meer groeit het inzicht dat, wanneer men op grond van uitgebreide onderzoeken tot de overtuiging is gekomen dat de hersenen inderdaad verwoest zijn, het slachtoffer de grens van het leven naar de dood heeft overschreden. Stopzetten van beademing, van shockbestrijding, en dergelijke is dan alleen maar een logisch uitvloeisel van dit standpunt.

e. De bejaarde en de chronische patiënt

Voor de bejaarde en de chronische patiënt plaatst de arts en de bezoekende familieleden voor aanzienlijke problemen. Men moet zich bewust zijn van de psychische veranderingen die zich bij iedereen voordoen in de omgeving van de chronische zieke en waarvan de arts ook niet vrijblijft. Men wordt vermoeid van het steeds weer aanhoren van dezelfde klachten en bezwaren. Bovendien staan de gezonden in het algemeen in een houding van afweer tegenover de chronische zieke. Ook de stervende aan een acute ziekte herinnert de arts op pijnlijke wijze aan de vergankelijkheid en de broosheid van het bestaan en aan de begrensdheid van menselijke kennis en kunde. Maar na het overlijden van de patiënt wordt het rappel, dat de dood deed, spoedig weer vergeten en verplaatst men zich betrekkelijk gemakkelijk in de schijnzekerheid van zijn eigen broze bestaan. De arts wordt bovendien

in zijn eigenwaarde pijnlijker getroffen door de chronische zieke die hij niet kan helpen, dan door het betrekkelijk acuut overlijden van de patiënt. Bij de chronische zieke kan men het probleem van lijden en sterven niet meer ontlopen. Het veroorzaakt bij de personen uit de omgeving van de zieke psychische veranderingen. In het begin heeft men de neiging om het anders-zijn van de zieke te accentueren en hem overmatig te beklagen. Men spreekt dan uiterst meewarig over de patiënt, maar zelden mét de patiënt. Soms neigt men ertoe het ziek-zijn op de een of andere wijze aan de patiënt te verwijten, zoals de vrienden van Job deden. Men wil dan het ongeluk graag als gevolg van schuld zien, in de hoop er zelf voor gespaard te blijven. Vandaar dat men zo vaak allerlei morele beoordelingen over chronische zieken hoort. Men spreekt immers vaak over het ontbreken van de wil om beter te worden, over het gebrek aan medewerking van de patiënt, over hun nervositeit en over het voortdurend met zichzelf bezig zijn van chronisch zieken. De ontluistering van het leven, die het gevolg is van de voortschrijdende achteruitgang van de persoonlijkheid, is voor de omgeving van de patiënt een voortdurende herinnering aan de mogelijkheid van een gelijksoortig lot, een herinnering die men liever verdringt. Vandaar de afweer tegen identificatie met de patiënt en de neiging er een voorwerp in plaats van een mens in te zien. Soms uit de verdrongen agressiviteit zich in een houding van neerbuijgende vriendelijkheid. Men spreekt dan met de chronische zieke op dezelfde toon als waarmee dierenliefhebbers tot en over hun huisdier praten. Het instinctief aangevoelde gevaar van een individuele beoordeling van het probleem of men moet trachten de patiënt in leven te houden, ligt verscholen in deze gevoelens van agressie, die men zich niet bewust is. Menig medicus – en hij niet alleen – lijdt onder zijn eigen medelijden zo zeer, dat hij wel van de patiënt af wil. De arts moet dus niet alleen iets weten over het te verwachten verloop van de ziekte, maar hij moet vooral zichzelf kennen en zich

zijn gevoelens van agressiviteit bewust zijn. Indien aan deze voorwaarden is voldaan, kan men verantwoord bezien of men bezig is het leven te verlengen of het sterven. Het is dan echter nodig, dat de arts tevens als mens naast de patiënt staat en bereid is hem niet alleen te begeleiden op de weg door het lijden, maar ook een eindweeg met hem te gaan op weg naar het sterven. Aldus naast en niet tegenover de patiënt staande, zal de arts hem het recht op zijn eigen dood niet kunnen ontzeggen. Het begeleiden van het sterven is één van de meest verwaarloosde onderdelen van de geneeskunde. Men hoort er bij de opleiding nog steeds weinig over.

f. Niemandslan tussen leven en dood

Bij het nemen van een beslissing of het leven al dan niet verlengd dient te worden, kan het oude onderscheid tussen 'gewone' en 'buitengewone' middelen om mensen in leven te houden zijn nut hebben. Tot de gewone middelen die men niet mag nalaten toe te passen behoren voeding en lichamelijke verzorging. Alles wat hier boven uitgaat, kan men van geval tot geval als meer of minder buitengewoon beschouwen. Juist bij zeer veel oude mensen, voor wie het leven tot een last is geworden, en soms tot een haast ondraaglijke last, is de kunstmatige verlenging van het leven een ethisch vraagstuk geworden, dat buiten de sfeer van doctrinair-vastgestelde regels behoort te komen. Tussen leven en niet-leven is een niemandslan ontstaan, dat geleidelijk van verder leven overgaat in langdurig sterven. Naarmate de laatste toestand duidelijker is, zal men een toe te passen middel eerder als 'buitengewoon' mogen aanmerken.

g. Eigen verantwoordelijkheid van de patiënt

De gewijzigde problematiek brengt met zich mede, dat

ook de inzichten veranderen over de vraag wie er uiteindelijk verantwoordelijk is voor de behandeling die een patiënt ondergaat. Vroeger was dit nauwelijks een serieuze vraag. De arts droeg immers in laatste instantie de verantwoordelijkheid. Hij toch was onder ede verplicht het leven te beschermen? Het hing van zijn persoonlijk inzicht af of hij patiënt en (of) familie in zijn overwegingen en bij zijn besluitvorming wilde betrekken.

In toenemende mate zal echter het inzicht veld moeten winnen, dat de moraal van de patiënt – voor zover deze is vast te stellen – voorrang moet hebben vóór de ethos van de arts. Er zijn personen, die altijd een briefje in hun auto hebben liggen waarop staat, dat zij, bij ernstig hersenletsel geen reanimatie willen ondergaan. Men kan hierover denken hoe men wil, maar het zou zonder meer stuitend zijn indien artsen schouderophalend zouden zeggen, dat men dit evengoed had kunnen nalaten, omdat de geneesheer die de patiënt behandelt toch doet wat hij zelf goed vindt. Bij deze patiënten is er als regel geen mogelijkheid van overleg meer aanwezig, maar dikwijls hebben zij vroeger, toen zij bij het volle bewustzijn waren, hun mening duidelijk kenbaar gemaakt. In deze gevallen dient de uitgesproken wens van de patiënt geëerbiedigd te worden, zij het ook dat soms toch met een behandeling begonnen moet worden, namelijk indien diagnostisch nog niet vaststaat dat geen volledig herstel mogelijk is. En in twijfelgevallen zal men de eigen verantwoordelijkheid moeten erkennen van de naaste familie en hen dienen te betrekken bij de beslissing of een medische behandeling al dan niet wordt voortgezet.

De wens van een toerekeningsvatbare patiënt, bijvoorbeeld om bij het begin van het stervensproces de medische behandeling die gericht is op verlengen – eigenlijk rekken – van het leven te laten staken, zal uiterst zwaar moeten wegen, in de regel zelfs zonder meer geëerbiedigd moeten worden. Dat wil niet zeggen dat de arts alleen maar de leverancier is van wat de patiënt wenst te ontvangen, en geen eigen verantwoordelijkheid zou hebben.

De verantwoordelijkheid van de arts gaat verder dan die voor de deskundige uitvoering van wat de patiënt wenst. Toch zal hij in de regel alleen werkelijk nee mogen zeggen tegen wat de patiënt verlangt, als zijn geweten hem verbiedt op dat verlangen in te gaan.

h. Suicide als vorm van euthanasie

Een probleem dat in toenemende mate de aandacht vraagt is of men zelfmoord altijd moet trachten te beletten. Natuurlijk moet men dit in alle gevallen doen, waarbij de *suicide-dadenneiging* duidelijk op een psychische stoornis berust. Als dit niet het geval is, maar de patiënt bewust de dood boven het leven verkiest, bijvoorbeeld wegens ondragelijke pijn, moet men zich afvragen of de patiënt wel goed is behandeld. Juist als men de zekerheid heeft, dat de ziekte van de patiënt van korte duur is, moet het meestal mogelijk zijn het leven van de patiënt dragelijk te houden.

Dit probleem ligt in het verlengde van de vraag naar de toelaatbaarheid van passieve euthanasie. Het zou echter onjuist zijn het antwoord hierop in hetzelfde vlak te zoeken. Immers bij passieve euthanasie heeft men te maken met omstandigheden waar noch de patiënt, noch de arts invloed op kan uitoefenen. Of de patiënt een pneumonie krijgt, is niet het werk van de dokter, evenmin dat van de patiënt.

Bijzonder zwaar weegt dit verschijnsel ten aanzien van de bejaarden. Onder hen zijn er velen die tot zelfmoord neigen. Het is heel wel mogelijk, dat deze neiging tot zelfmoord samenhangt met het feit, dat de bejaarden een bevolkingsgroep vormen, waartegen op grond van een gemakkelijk vast te stellen kenmerk, namelijk de leeftijd, in onze maatschappij sterk wordt gediscrimineerd. Het leven van veel ouderen wordt beheerst door angst: angst voor ziekte, angst voor armoede en angst voor hulpbehoevendheid. Zolang de maatschappij geen betere voor-

III. BIJBELSE OVERWEGINGEN

a. Geen afgeronde bijbelse ethiek

Men zoekt in de Bijbel tevergeefs naar afgeronde richtlijnen voor het ethische handelen van de mens. De Heilige Schrift geeft evenmin een pasklare ethiek als een sluitende dogmatiek. Zij bevat immers de prediking van het heilshandelen Gods en roept de mens op zijn leven te richten op de toekomst van de Heer.

Als boek is de Bijbel bovendien sterk bepaald door de culturele context waarin de wetgevers, profeten, dichters, evangelisten en apostelen hun werk verrichtten. Bepaalde problemen waren voor de antieke mens actueel en zijn dat niet meer voor ons. Vragen die onze aandacht op-eisen, waren toen onbekend. Het wekt daarom geen verbazing dat de Bijbel de gecompliceerde problematiek die samenhangt met het vraagstuk der euthanasie niet kent. Pas de allerlaatste jaren dringt zij zich aan ons op tengevolge van de spectaculaire en tegelijkertijd adembenemende vooruitgang van de medische wetenschap.

Toch kan er, luisterend naar de bijbelse boodschap, een bepaald licht vallen op de hedendaagse vraagstukken, zodat het ethische handelen mede daardoor wordt bepaald.

b. Leven en dood in bijbels licht

Bij euthanasie gaat het om de grenzen tussen leven en dood, twee realiteiten waar de Heilige Schrift geregeld over spreekt.

De God van Israël is een God die kiest voor het leven. Blijkens de eerste hoofdstukken van het boek Genesis heeft Hij alle dingen zo tot aanzijn geroepen en zodanig geordend, dat er een plaats kwam waar een mens zou

kunnen leven. Leven, wel te verstaan in de diepste zin van het woord. Dat wil zeggen, niet slechts biologisch-animaal, maar ook met een eigen religieuze en sociale dimensie. De mens werd geschapen om te leven in verantwoordelijkheid aan zijn Schepper en in gemeenschap met de medemens. Echt leven naar bijbelse bedoeling is niet mogelijk buiten God om en zonder de naaste. Zo wordt het leven een kostbare gave, gevuld met goedheid en mysterie, gericht op de wereld rondom, een gave die zuinig beheerd en met alle middelen beschermd dient te worden. Wellicht was de goede dood daarbij ingesloten. Maar de goede dood wordt tot een slechte, zwarte dood. Want dezelfde eerste hoofdstukken van Genesis verkondigen namelijk dat de zwarte dood het menselijk bestaan in zijn greep krijgt als ongehoorzaamheid jegens God en liefdeloosheid jegens de medemens de overhand krijgen. Waar de zonde heerst, worden de relaties verstoord. Dan vervreemdt de mens van zijn Schepper en wordt zijn omgang met de medemens telkens bedreigd. Het oude doopformulier noemt het leven onder de macht van de zonde zelfs een gestadige dood. Dood is daarom meer dan het biologische levenseinde en leven is meer dan een louter vegetatief bestaan. Anders gezegd: de woorden leven en dood in de Bijbel zijn niet zozeer kwantitatieve dan wel kwalitatieve begrippen. De kwaliteit van het leven is belangrijker dan de tijdsduur ervan, hoewel beide blijkens de oudtestamentische traditie ten nauwste met elkaar kunnen samenhangen.

God kiest voor het leven en dus tegen de dood. Hij is een beschermer van het leven (Exodus 20 : 13). Hij overwint de dood door zijn Zoon Jezus Christus, die zich overgaf aan het kruis en opstond op de Paasmorgen. De mens die leeft en werkt voor Gods aangezicht en in gemeenschap met zijn naaste, mag geloven, dat het leven zinvol is en dat de dood zijn angstaanjagende kracht heeft verloren. Van sommige oudtestamentische figuren (Abraham, Isaak, Job) wordt verteld, dat zij sterven 'oud en van het leven verzadigd'. En in het Nieuwe Tes-

tament, na Pasen en Pinksteren, heeft de dood voor wie in Christus gelooft, ook op meer jeugdige leeftijd zijn eigenlijke verschrikking verloren: 'Dood waar is uw prikkel? ... Gode zij dank Die ons de overwinning geeft door onze Here Jezus Christus!' (1 Korintiërs 15 : 55, 57).

De Bijbel ontzegt ons daarom het recht te berusten in een leven dat geen verzadiging kent en in een dood die ons als een zinloos noodlot overvalt. Daarom wordt ieder opgeroepen deze aarde zo te bewonen, zijn arbeid en rustpauzes zo te beleven, zijn relaties met andere mensen (en dieren) zo op te bouwen, dat hij daardoor deel krijgt aan het leven zoals God dat in zijn goedheid bedoelt. Dat raakt de intiemste verhoudingen van onze samenleving en bepaalt de omgang van de man ten opzichte van zijn vrouw, van de ouders ten opzichte van hun kinderen, van de werkgevers ten opzichte van hun werknemers, van de bestuurders ten opzichte van hun onderdanen, van de docenten ten opzichte van hun leerlingen, enz. enz., en ook van de arts ten opzichte van zijn patiënten. Het gaat steeds om het leven dat functioneren mag in de relaties waartoe God het geschapen heeft. Het leven van de mens heeft daarom een eigen religieuze en eveneens een eigen sociale dimensie. Wij leven met en voor elkander, geroepen om in ons doen en laten, in ons zeggen en zwijgen gestalte te geven aan de liefde van die God, die ons bestaan in schepping en herschepping zin en inhoud geeft.

Op gelijksoortige wijze kan ook over de dood worden gesproken. Niemand is actief betrokken bij zijn eigen dood, tenzij in geval van suicide. Daarom wordt de dood door velen als een rampzalig noodlot ervaren, dat door allerlei eufemismen wordt gecamoufleerd. Wij spreken van 'heengaan', 'verscheiden', 'de geest geven', enz. De ziekten die de doodsoorzaak ten gevolge kunnen hebben, noemen wij niet voluit, maar duiden haar liever in codes aan. De dood is een van de laatste taboes in onze samenleving.

Maar de Bijbel geeft daar geen aanleiding toe. Wie verzadigd is van het leven – in elk geval vervuld is van het heil – kan heengaan, zijn leven teruggeven aan God en plaats maken voor anderen. Zoals het leven een religieuze en een sociale dimensie heeft, zo ook het sterven. Daarom kan het Evangelie ons ervoor behoeden krampachtig vast te houden aan een leven dat geen leven meer is. In het geloof mag men het leggen in de hand van God, Die naar zijn belofte, om Christus' wil, de eigen identiteit ook dwars door de dood heen zal bewaren.

c. Leven in de gebrokenheid

Wij mogen leven uit de overwinning van Christus over de dood en daarom getuigen zijn van het leven. Niettemin duurt de gebrokenheid in de schepping ten gevolge van de macht van de dood nog voort. Elke dag eist de dood zijn tol. En niet alleen degenen die verzadigd zijn van het leven erkennen zijn macht. Ook anderen worden door hem verrast en verschrikt, soms op hoge leeftijd, soms in de jeugd, soms na een ziekbed, soms plotseling, soms tijdens een liefderijke verzorging, soms ook via een ongeval, verminking of misdaad. Er worden kinderen geboren die lichamelijk en geestelijk in zulk een mate zijn gehandicapt, dat men bij hen nauwelijks menselijk leven herkent. Er worden volwassenen in het verkeer zo ernstig gewond dat zij blijvend bewusteloos worden of haast geheel zonder uitingsmogelijkheden verder moeten leven. Er zijn bejaarden die zo zeer gedementeed zijn, dat het aangrijpend is om aan te zien. Afgaande op wat men waarneemt, zal men zeggen dat dit alles een gevolg is van een wrede speling van de natuur, van een gril van het lot, van bepaalde verkeerde maatschappijstructuren, of van de misdadigheid van afzonderlijke mensen. Moet men nu in een bijbels licht gezien, zeggen dat in deze factoren ook Gods wil zich voltrekt? Wellicht nog groter zijn de problemen, indien men wordt geconfronteerd met po-

gingen tot suïcide. Uiteraard zal men zich steeds moeten afvragen welke motieven of drijfveren leidden tot de wanhoopsdaad en met name hebben na te gaan of men te kort is geschoten bij het leggen en onderhouden van de intermenselijke contacten. Dat neemt niet weg dat ook dieperliggende vragen gesteld moeten worden. Heeft de mens het recht te beschikken over zijn eigen leven? Gaat zijn mondigheid zover dat hij zelf mag bepalen wanneer het leven mag eindigen? Is het denkbaar dat er situaties komen dat een mens biddend en luisterend tot de overtuiging komt dat hij niet langer geroepen is verder te leven? En zo ja, dient zijn omgeving zijn overtuiging dan te eerbiedigen? Wij stuiten hier op vragen die ons dwingen nog scherper te luisteren naar wat het Evangelie ons zegt.

d. Het koninkrijk Gods en ons leven

In de Bijbel is centraal de verkondiging van het koninkrijk Gods, dat is de ruimte waarin God regeert en de mens gehoorzaamt, de mens tot heil. Dat koninkrijk Gods is echter nog verborgen, althans niet geheel en al geopenbaard en gerealiseerd. Het is wel in eerste instantie geopenbaard en verwerkelijk in Jezus Christus. Daarmee is de beslissing ten goede over onze wereld eens en voor al gevallen. En dat in Christus verwerkelijkte rijk Gods straalt uit in onze harten, in de gemeente van Christus, in de wereld.

Omdat wij desondanks nog leven in de gebrokenheid, nog niet in het ten volle gerealiseerde rijk Gods, is er onderscheid tussen wat God wil, en wat Hij toelaat. Daarom ook is er een afstand tussen wat mensen doen en wat de natuur doet enerzijds en wat God doet, zijn regeren, anderzijds. Zo is er ook afstand tussen Gods regeren en Gods bevelen: Gods bevelen worden door mensen vaak niet gehoorzaamd.

Daarom kan men uit de feitelijke gebeurlijkheden hier op aarde niet direct Gods gebod aflezen. Kan men dan wel zonder meer zeggen, dat wie door omstandigheden in feite nog leeft, ook geroepen is om te willen leven en om te leven? Of valt feitelijk gebeuren en wil Gods niet samen bij wat zich in het leven afspeelt, maar wel bij dat alles omvattend gebeuren dat wij menselijk leven noemen? Maar is dat gebeuren van menselijk leven niet zelf ook weer afhankelijk van allerlei wat zich in de samenleving afspeelt?

Door het stellen van deze vraag nemen wij het allerminst op voor de autonoom beslissende mens. De mondig verantwoordelijke mens is bij zijn handelen geheel en al aangewezen op wat hij hoort als gebod Gods. Maar juist daarom pleiten wij ook niet voor de mens, die zich geroepen acht om zich zonder meer bij de feiten neer te leggen en Gods gebod bij voorbaat te laten samenvallen met bepaalde gebeurtenissen. Het rijk Gods is immers in zijn volheid nog komende. Het richt ons handelen op het voorbereiden van de komst van dat rijk, op het bereiden van de weg des Heren in de woestijn, op het verhogen van elk dal en het slechten van elke berg en heuvel. Het gegevene is veelal niet dat wat God wil maar dat wat veranderd moet en zal worden. Wel mogen wij gelukkig de overtuiging vooropstellen dat het leven zelf ten diepste een geschenk van God is, een gave en een opgave. Het is een geschenk en een roeping van God de Schepper, die het van Hem vervreemde leven met Zichzelf heeft verzoend, en het toekomst heeft gegeven. Hij laat toe dat wij leven in de gebrokenheid, en Hij wil dat wij dat leven in die gebrokenheid ook aanvaarden. Zelfs het leed kan geestelijke vruchten afwerpen, en zelfs het schijnbaar zinloze kan zinvol zijn. Daarom mag ook als regel gelden dat er voor wie uit het evangelie mocht leren leven, nooit reden is om werkelijk vertwijfeld te worden, laat staan om een wanhoopsdaad te verrichten. Aan Gods hand is er altijd een weg door het leven, ook als dat een weg door leed en verdriet heen is.

Dit sluit echter niet uit dat er zeer dringende en concrete vragen blijven in het grensgebied van het medisch-ethisch handelen. De ethiek heeft eigenlijk op alle levens-terreinen met zulke grensvragen te maken, met uitzonderingen op de regel. Als wij daarop letten, stuiten wij opnieuw op het probleem van de euthanasie.

e. Grensvragen

Gezien het voorafgaande, kunnen wij nu, zij het min of meer tastend, nog het volgende opmerken.

1. Omdat niet slechts het leven maar ook het sterven een zin heeft, zal de medische begeleiding van het sterfensproces zodanig moeten zijn, dat de patiënt in de gelegenheid is deze kritieke fase in zijn bestaan ook als zinvol te ervaren. Dit kan impliceren, dat pijnstillende – zo min mogelijk slaperig makende – middelen worden toegediend, ook wanneer zij mogelijk als neven-effect de levensduur van de patiënt enigszins verkorten. Overigens wordt dit leven-bekortende effect van deze middelen, naar ons reeds bleek, steeds minimaler en steeds meer twijfelachtig. Ook zal men meer dan eens chirurgische ingrepen achterwege moeten laten, die slechts een zeer gedeeltelijk resultaat in het vooruitzicht stellen. Omgekeerd zal een chirurgisch ingrijpen wel verantwoord zijn als dit verlichting met zich meebrengt, zelfs indien het risico van de ingreep groter is, zodat er kans is dat het leven er door bekort wordt. Al dergelijke gevallen van zogenaamde *indirecte* euthanasie, waarbij dus de bekorting van het leven niet beoogd wordt, maar wel het gevolg kan zijn van het nastreven van andere humane oogmerken, kunnen ten volle verantwoord zijn.

2. Leven in bijbelse zin veronderstelt de mogelijkheid tot communicatie. Waar na grondig medisch onderzoek is komen vast te staan dat deze mogelijkheid geblokkeerd

is zonder uitzicht op herstel, is de grens naar het niemandsland tussen leven en dood overschreden. Dan houdt de patiënt op een historische mens te zijn met een eigen individualiteit en met de potentie te enigertijd in contact te treden met de buitenwereld. Het moet derhalve ethisch verantwoord geacht worden in dit geval de medische behandeling te staken, daar voortzetting geen uitzicht op enig resultaat biedt. Vanzelfsprekend kan het evenzeer verantwoord zijn de medische behandeling niet aan te vangen, als de prognose zo duidelijk is, dat vaststaat dat geen resultaat bereikt zal kunnen worden.

3. Ook is het niet verantwoord te achten het leven van kinderen, die zeer mismaakt geboren worden en niet in staat zullen zijn communicatief te leven, door middel van medische ingrepen te verlengen.

4. Eveneens moet het niet verantwoord genoemd worden om bij zeer bejaarden die verzadigd zijn van het leven, tegen hun wens al het mogelijke te doen om onder alle omstandigheden het leven zo veel mogelijk te rekken. Als een bijkomende ziekte de dood nabij gaat brengen, is het niet altijd nodig die ziekte nog weer apart te gaan bestrijden; ook niet als de bejaarde, bijvoorbeeld wegens dementie niet meer zelf kan beslissen of hij die aparte medische behandeling nog nodig vindt.

5. De drie laatste overwegingen vielen binnen wat men wel noemt de zogenaamde *passieve* euthanasie, waarbij men afziet van een ingrijpen dat bedoelt het leven zo lang mogelijk in stand te houden.

Daar komt nu nog bij dat dit alles ook een sociale dimensie heeft. De patiënt heeft niet alleen banden met zijn familie, verwanten en vrienden, maar maakt ook deel uit van de samenleving. Terwille van ten dode opgeschreven patiënten die door allerlei medisch-technische middelen nog enige tijd in leven worden gehouden, zonder dat men herstel mag verwachten, brengt de samen-

leving zeer grote offers en stellen artsen en verpleegkundigen veel kostbare tijd beschikbaar. Nu moet men wel in het algemeen stellen dat het normaal en goed is dat de samenleving zo nodig met veel inspanning zich het lot van zieken en gehandicapten aantrekt. Geen offers kunnen te groot zijn, die tot doel hebben de speciale lasten van deze groep te verlichten. Vaak komt het echter voor dat er geen tijd, ziekenhuisruimte en medicamenten beschikbaar zijn voor hen wier leven wellicht te redden is, omdat zo veel energie en middelen worden benut voor ten dode opgeschreven patiënten. Dan moet gekozen worden! Daarom zou het niet reëel zijn te beweren, dat alle middelen altijd aangewend moeten worden, die ten doel hebben elk leven ook maar enige tijd te verlengen. Sommige middelen die daarvoor nodig zouden zijn, zijn zo uiterst kostbaar, en zouden in zo grote getale aanwezig moeten zijn, dat de samenleving zich zelf op andere terreinen ernstig zou moeten schaden om dit mogelijk te maken. Als het leven zonder meer een afgod zou moeten zijn, zou geen offer te groot mogen zijn. Maar als dit niet het geval is, is er een grens aan wat voor enkelingen moet worden opgebracht.

6. Nu moeten wij ons afvragen of ook *actieve* euthanasie ooit verantwoord kan zijn. Allereerst zij er op gewezen dat er uiterst vloeiende overgangen tussen passieve en actieve euthanasie bestaan. Hoewel dus in de praktijk soms de grens tussen beide moeilijk te trekken valt, kunnen wij hier toch wel het onderscheid hanteren tussen werkeloos toezien en daadwerkelijk ingrijpen. De vraag is dan echter of er een principieel ethisch verschil tussen beide vormen van euthanasie gemaakt kan en moet worden. Gemeenschappelijk is dat men beide malen verantwoordelijk is voor het naderen van een onafgeweerde dood, zij het de ene maal doordat men passief toeziet en de andere maal doordat men actief ingrijpt. Toch gaat het waarschijnlijk meer om een psychologisch dan om een principieel verschil. Want ook al draagt men even-

goed verantwoordelijkheid voor hetgeen men nalaat als voor de dingen die men doet, voor velen – met name bij de familie van de patiënt – maakt het verschil of men bepaalde processen die men zelf niet heeft opgeroepen hun gang laat gaan, dan wel dat men medisch zodanig ingrijpt, dat als resultaat daarvan menselijk leven wordt verkort.

In de praktijk blijkt, dat ten aanzien van de actieve euthanasie de meningen enigszins uiteen gaan. Velen achten actieve euthanasie onder alle omstandigheden onverantwoord. Zij menen dat het altijd iets brutaals en eigenmachtigs heeft om te heersen over grootheden, waarover wij niet mogen beschikken. Het leven is een mysterie dat wij hebben te eerbiedigen zolang het er is. En de dood is ook een grootheid, die wij niet zelf mogen oproepen, die wij alleen over ons mogen laten komen. Aan deze grenzen is de mens geroepen om met eerbied de handen af te houden van wat groter is en groter moet blijven dan hij zelf is.

Anderen daarentegen zijn er van overtuigd dat zij van bovenstaand inzicht geen vaste wet mogen maken. De mens is van Gods wege verantwoordelijk voor het al of niet verwekken van leven en ook voor het al of niet beëindigen van het leven. Dit laatste kán met zich meebrengen dat hij niet passief blijft wachten of de dood zal komen. Zij denken aan een of meer van de volgende mogelijkheden:

a. Actieve euthanasie kan verantwoord zijn als de patiënt de laatste onomkeerbare fase van het sterven is ingegaan, zodat een voortgezette behandeling geen enkel uitzicht op resultaat biedt, en wanneer aangenomen mag worden dat de toepassing van euthanasie niet in strijd is met de wens en de religieus-ethische gevoelens van de patiënt.

b. Sommigen gaan een klein stapje verder en menen dat ook hij die uiterst gehandicapt – bij voorbeeld als gevolg van een verkeersongeluk – met een bijzonder gereduceerd lichamelijk en psychisch leven zal moeten

voortbestaan en alleen nog in leven gehouden kan worden met behulp van schaarse en uiterst kostbare apparaten en veel menselijke hulp, wel degelijk in geloof mag wensen te sterven en ook mag vragen om levensbeëindiging, aan welk verzoek gehoor gegeven mag worden.

c. Verscheidenen zijn van mening dat de discussie over de vraag of een uiterst gehandicapt geboren kindje, dat hoogstens een bijzonder primitief leven zal kunnen leiden, al dadelijk bij de geboorte het leven mag ontgenomen worden, niet mag worden ontweken.

d. Zij menen bovendien dat de vraag ons mag bezighouden of een bejaarde, met een verzadigd leven, die mentaal gaat aftakelen en anderen tot zorg en last wordt, in geloof tot inzicht mag komen dat hij uit het leven mag gaan vertrekken, in welk geval hulp van een ander daarbij niet onverantwoord zou zijn. Het stellen van deze vraag en het ernstig nemen van deze vraag mag volgens hen niet onder een soort christelijk verdict vallen, omdat veel hieromtrent nog onklaar is.

Vanzelfsprekend zeggen ook diegenen die hiermee op mogelijkheden van verantwoorde actieve euthanasie wijzen, dit alles met grote schroom en voorzichtigheid. Bovendien beseffen zij dat praktisch vele moeilijkheden daarbij nog opnieuw bekeken moeten worden. Juridische kwesties en sociale complicaties moeten van alle kanten gezien worden. En zij hebben begrip voor die medechristenen die menen dat actieve euthanasie niet overwogen mag worden. Maar zolang de meningen hierover nog uiteenlopen, zal er in de praktijk van het leven ruimte moeten zijn voor verschillende opvattingen en wellicht ook voor verschillende praktijken.

7. De eerste verantwoordelijkheid draagt de patiënt, als hij bij kennis is. Maar ook de arts draagt een eigen verantwoordelijkheid, zelfs ook tegenover toerekeningsvatbare patiënten. En samen hebben zij te maken met de samenleving, met wie zij op allerlei manieren verbonden zijn. Daarom zullen er wellicht vaste werkgroepen moe-

ten zijn, die zich bezighouden met de problemen die door de toepassing van euthanasie worden opgeroepen, en die in concrete gevallen ook concrete adviezen of verboden kunnen geven.

f. Pastorale taak van de kerk

Een belangrijke taak voor de pastorale zorg van de kerk ligt hier open, niet slechts met betrekking tot het ziek- en sterfbed, maar vooral dan wanneer het leven normaal functioneert. Het gevaar bestaat, dat de diepste vragen rondom het mysterie van leven en dood zolang verzweven worden, totdat het levenseind de mens als een catastrofe overrompelt.

Het verdient aanbeveling dat er bij de verzorging van ernstig zieken met een ongunstige prognose een nauwe samenwerking is tussen de arts en de verpleegkundige enerzijds en de pastor anderzijds. Beiden dienen zij het als hun taak te beschouwen de patiënt zodanig te begeleiden, dat hij naar zijn levenseinde toegroeit en het beleven kan als een zinvolle fase in zijn bestaan.

Het pastoraat zal het gemeentelid willen helpen om ook daarin voorbeeldig te leven dat hij niet het leven verafgoodt, noch ook de dood als een heidens taboe schuwt, en evenmin het leven en de dood verzakelijkt tot grootheden waarmee men nuchter en eigenmachtig om mag gaan. Het gemeentelid zal in het licht van Gods oordeel en zijn genade de eerbied voor het leven en voor de dood moeten voorleven. De pastor zal hem daarom willen helpen bij het moedig leven, ook als dat leven veel moeite en verdriet bevat, en bij het moedig sterven, ook als men nog niet van het leven verzadigd is, beide malen uit kracht van zijn geloof in Jezus Christus, in Gods trouw bij leven en bij sterven.

Het pastoraat heeft echter ook te maken met mensen in beproevingen en verzoeken en in overige randsituaties. De pastor heeft te luisteren naar wie zo van het leven verzadigd is of zo van het dragen van leed vermoeid is,

dat hij hoopt dat de dood zal komen, misschien zelfs bidt dat hij komen moge, mogelijk zelfs overweegt om hem te laten komen. Hij heeft dan met hem te zoeken naar een antwoord op de vraag of deze hoop, deze bede, deze overweging uit ongelooft en verkeerd ongeduld voortkomt, of met geloof in verband kan staan. Ook met het oog op die pastorale taak werd dit rapport geschreven. Wie de zin van het leven in bijbels perspectief leert zien en het dankbaar uit Gods hand ontvangt, zal ook na verzadigd te zijn van het leven, de zin van het sterven aanvaarden, bereid zijn het leven opnieuw in Gods hand te leggen en daardoor ruimte te maken voor een volgende generatie.

De euthanasie is daarom niet slechts een medisch vraagstuk, het is tevens een pastoraal en daarnaast ook een voluit sociaal probleem, dat niet eerst opduikt als de patiënt staat voor het niemandsland tussen leven en dood. In prediking en persoonlijke zielzorg zal de kerk ernst moeten maken met de zegevierende realiteit van het heilshandelen Gods ons op de Paasmorgen geopenbaard.