

Is het leven geleefd?

Bacheloreindwerkstuk aangeboden aan
Jos Pieper

Departement Religiewetenschap en Theologie
Universiteit Utrecht

Ter afsluiting van de bachelorfase
GG-DBT100 Bacheloreindwerkstuk

Douwe Kamstra
Studentnummer 3192520
Mei 2011

Inhoudsopgave

| | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1. Inleiding | 4 |
| 2. Inventarisatie van initiatieven omtrent levensbeëindiging | 6 |
| Voorstanders | 6 |
| Stichting Vrijwillig leven | 6 |
| Initiatiefgroep “Uit vrije wil” | 6 |
| NVVE | 7 |
| Tegenstanders | 8 |
| Stichting Pro Vita | 8 |
| Het Lindeboom Instituut | 8 |
| 3. Inventarisatie van maatschappelijke ontwikkelingen. | 10 |
| Verbetering van medische zorg | 10 |
| Informatievoorziening | 10 |
| Professionalisering van de gezondheidszorg | 11 |
| Individualisering | 12 |
| Secularisatie | 12 |
| 4. Adequate hulpverlening | 13 |
| Zin van het lijden | 13 |
| Persoonlijke waardigheid | 15 |
| Zelfbeschikking | 15 |
| Zin van het leven | 17 |
| Zelfdoding | 18 |
| Nawoord | 19 |
| 5. Conclusies en aanbevelingen | 21 |

Voorwoord

Deze scriptie vormt de afsluiting van mijn bachelorfase van de faculteit Godgeleerdheid te Utrecht. De huidige ontwikkelingen die betrekking hebben op het zelfstandig kiezen van het moment van de eigen dood vormen de aanleiding voor het schrijven van deze thesis.

De vraag die ik in deze scriptie wil behandelen is welke geestelijke hulp nodig en noodzakelijk is bij mensen die, anders dan dat de euthanasiewet voorschrijft, zelfstandig willen beslissen wanneer ze dood gaan.

Om dat doel te bereiken heb ik eerst het plan opgevat om een empirisch onderzoek te starten en daarbij meerdere mensen te ondervragen aan de hand van een vragenlijst. Dat plan werd te ambitieus bevonden nadat ik daarover met een godsdienstsocioloog uit mijn woonplaats Baarn had gesproken. Het opstellen van een toepasselijke vragenlijst vergt al een inspanning die naar verhouding niet in overeenstemming is met de grootte van een volledige bachelorscriptie. Een empirisch onderzoek heeft wel degelijk nut, want er is naar mijn weten weinig onderzoek gedaan naar de vragen die gesteld moeten worden aan mensen, die nog niet voor stervensbegeleiding in aanmerking komen maar wel hebben aangegeven dat later te zullen willen én die mensen die volgens de nieuwe initiatiefnemers op het gebied van levensbeëindiging in een situatie terecht zijn gekomen waarbij de wens om te sterven geuit zou kunnen worden. Die situatie is vanzelfsprekend anders dan die waarin men de euthanasiewet kan toepassen.

Omdat het empirisch onderzoek te veel tijd zou innemen heeft heb ik mijn onderzoek gebaseerd op literatuur en de stroom informatie in dagbladen en in documentaires op televisie. Daarnaast heb ik een aantal seminars en symposia bezocht: een symposium over geestelijke verzorging te Utrecht en een seminar over euthanasie in Rotterdam. Een aantal vraaggesprekken met geestelijk verzorgers heeft mijn beeld zodanig volledig gemaakt dat ik een aantal handreikingen voor hulpverlening van voldoende onderbouwing kan voorzien.

Om de bovengenoemde vraag te beantwoorden is een inventarisatie nodig van de ontwikkelingen op het gebied van de veranderende vraag naar euthanasie en een analyse van die vraag in het sociaal wetenschappelijke perspectief. Adequate hulp bij de vraag naar stervensbegeleiding kan dan daaruit afgeleid worden.

In die passages waar ik de mannelijke persoon enkelvoud of meervoud gebruik kan ook de vrouwelijke vorm gelezen worden. Ik heb dat zo gedaan omdat het gemakkelijker leest.

Douwe Kamstra, Baarn 2011

1. Inleiding

Morgen breng ik mijn laatste bezoek aan mevrouw Albrecht.

Drie gesprekken heb ik met haar gevoerd.

Ze is 76 jaar oud en moeder van een dochter van 49.

‘Ach ja’, zei mevrouw, ‘het is net als wanneer je gewoon op reis gaat. Ook dan stap je in de nachttrein en roep je daháág terwijl je nooit zeker weet of er een weerzien komt’.

....

Na een kop koffie zei mevrouw Albrecht dat het zo goed was. Ik heb de middelen klaargemaakt. Het ging gemakkelijk, mijn angsten zijn echt voor niks geweest. Rustig zakte ze in slaap en na twintig minuten zag ik heel duidelijk dat ze niet meer ademde. Daarna heb ik de lijkschouwer gebeld, zo staat het in het protocol. Hij zou haar dochter bellen. Die had gezegd dat ze liever niet meer met mij wilde spreken.

Zo begint en eindigt het verhaal (Anbeek, 2011) waarbij een situatie wordt geschetst die in de nabije toekomst werkelijkheid zou moeten worden en waarvoor een aantal initiatiefgroepen al jarenlang in de bres springt.

De laatste tijd spreekt men van een, zoals het wordt genoemd, ‘versoepeling op het gebied van vrijwillige levensbeëindiging’ en deze oproep wordt dringender en men vindt er talloze voorbeelden van in de media. Sommige initiatiefgroepen vinden dat mensen zelf moeten kunnen beslissen wanneer ze willen sterven. Men wil zelf beschikken over het leven voordat de menselijke waardigheid verloren is. Dit onderwerp houdt Nederland in de greep, want in kranten, op TV en bij symposia en seminars wordt het onderwerp graag en veel besproken. Binnenkort kunnen we in Nederland een wetsvoorstel op basis van een aanvraag van de groep “Uit Vrije Wil” verwachten.

De vraag dringt zich op of dit werkelijk, zoals wordt aangegeven, een ‘versoepeling van het euthanasiebeleid’ is of dat het misschien toch een heel nieuw stervensbegeleidings-initiatief is. De euthanasiewet van 20 jaar geleden (de wet is in 1992 in werking getreden) regelt immers de hulp bij levensbeëindiging in het geval dat er sprake is (en niet zal zijn) van ondraaglijk en uitzichtloos lijden bij een patient. En het bovenvermelde scenario heeft niet zoveel te maken met een dergelijke situatie want er is (nog) geen sprake van uitzichtloos en ondraaglijk lijden. De woorden ‘eu’ (goed) en ‘thanatos’ (dood), een goede dood, maken het woord *euthanasie*, dat “*een goede dood*” betekent ; dat is bedoeld om het ondraaglijke en uitzichtloos lijden dat optreedt, te beëindigen, een ‘goede dood’ te sterven. Daarom rijst de vraag of er gesproken mag worden over ‘versoepeling van een huidige wet’ dan wel een geheel nieuw initiatief.

Naast bovengenoemde kunnen we ons ook afvragen of de hulp van de medicus, voor wie het een taak is om de mens in leven te houden dan wel zodanig te helpen dat het lichamelijk lijden wordt verlicht, verschuift naar de hulp van de geestelijk verzorger. Er is immers geen sprake meer van somatisch lijden, maar van een uitzicht óp lijden. De taak van een dokter verandert, de taak van de geestelijk verzorger verandert en het takenpakket van de geestelijk verzorger zal waarschijnlijk ook uitgebreid moeten worden.

De vraagstelling van deze scriptie luidt: “Welke geestelijke hulp is nodig en noodzakelijk bij mensen die uit zelfbeschikking buiten de huidige wet om overwegen te willen sterven voordat zich een situatie voordoet die een arts kan bestempelen als ondraaglijk en uitzichtloos lijden”.

Om die vraag te beantwoorden inventariseer ik eerst de overwegingen van groepen die zich inzetten voor het nieuwe initiatief: wat zijn hun beweegredenen en waarom is het juist nu nodig; waarom biedt de euthanasiewet geen soelaas. Ook de motieven van de tegenstanders van deze groepen worden geïnventariseerd: zij hebben andere beweegredenen en die worden onderzocht. Ook de literatuur omtrent euthanasie en de artikelen die beschikbaar zijn in de media worden door mij geïnventariseerd. Daarmee wordt duidelijk waarom deze nieuwe vorm van levensbeëindiging gewenst is.

Dan wordt ook duidelijk welke maatschappelijke ontwikkelingen bestaan aangaande het verruimen van levensbeëindiging. De achtergronden van de verruiming worden onderzocht, bijvoorbeeld door te vorsen of deze wensen misschien te maken hebben met individualisering of secularisatie, onderwerpen die zich manifesteren in onze maatschappij.

Vervolgens moet duidelijk worden welke hulp nodig is voor die mensen die de nieuwe vorm van levensbeëindiging willen. Welke hulp is nodig, welke hulp is adequaat, of wat is het gevolg van hulp. Wie moeten die hulp verlenen: zijn dat medici, geestelijk verzorgers of komt er een nieuwe zorginstantie bij? Vanzelfsprekend kom ik terug op de uitgangspunten van de nieuwe stichtingen en initiatieven en er wordt bestudeerd hoe dat uitpakt voor hulp.

De conclusie bevat een overzicht van de bevindingen en aanbevelingen voor verder onderzoek.

2. Inventarisatie van initiatieven omtrent levensbeëindiging

Dit hoofdstuk is de eigenlijke aanleiding voor de scriptie. Er wordt veel gepubliceerd omtrent de nieuwe initiatieven, zowel in dagbladen, op de televisie, op internet en op de radio. Congressen en seminars worden georganiseerd waar de discussie over vervroegde levensbeëindiging wordt gevoerd door onder meer artsen, geestelijk verzorgers en maatschappelijke vertegenwoordigers van juridische of religieuze aard.

Er is een aantal stichtingen en groepen die pleiten voor een nieuwe vorm van levensbeëindiging, anders dan de euthanasiewet beschrijft. Die voorstanders worden hier genoemd. Deze voorstanders hebben hun eigen insteek bij hun initiatief en die verschillende insteeken worden in dit hoofdstuk behandeld. Als reactie op deze voorstanders zijn ook tegenstanders te vinden. De opvattingen van de tegenstanders worden ook opgenomen in dit hoofdstuk.

Ik maak gebruik van gepubliceerde artikelen, evenals documentaires die op de televisie zijn geweest om zoveel mogelijk de materie op de voet te volgen.

Voorstanders

Stichting Vrijwillig Leven

De Stichting Vrijwillig Leven¹ (SVL) wil dat mensen die zelf tot de overtuiging zijn gekomen dat zij willen sterven, de hulp bieden voor een waardig levenseinde. Deze hulpverlening bestaat uit het verkrijgen van middelen die onder voorwaarden ter beschikking worden gesteld om op een humane manier te kunnen sterven. De hulp moet dan vanzelfsprekend niet meer strafbaar zijn.

Volgens de stichting draait alles om de zorgvuldigheid. Zij volgt het voorbeeld van de heer H. Drion², oud-hoogleraar in het burgerlijk recht aan de Rijksuniversiteit Leiden en oud-raadsheer in de Hoge raad, die pleit voor een grotere autonomie voor oudere mensen. Volgens een van de oprichters van de SVL moet er onderscheid zijn tussen euthanasie en hulp bij zelfdoding. Zelfdoding zou onder voorwaarden ook mogelijk moeten worden. Het uitgangspunt daarbij is zelfbeschikking.

Initiatiefgroep “Uit vrije wil”

Ook de initiatiefgroep Uit Vrije Wil, die op 9 februari 2010 is gestart, pleit ervoor dat oude mensen die vinden dat hun leven voltooid is, waardig moeten kunnen sterven. Deze mensen moet op verzoek hulp worden aangeboden. Ook bij deze groep is zelfbeschikking het centrale uitgangspunt. Wat daarbij speelt is de notitie van een voltooid leven. Een voltooid leven is volgens de groep dat de waarde en de zin van het leven zodanig zijn afgenomen, dat de dood beter is dan het verder leven. Kernpunten hierin zijn het verlies van regie over het leven, fysieke ontluistering en onomkeerbaar verlies van

¹ http://users.cuci.nl/svleven/main_menu.html, Stichting vrijwillig leven, opgericht in 1996

² NRC Handelsblad, 12 november 2009.

persoonlijke waardigheid³.

Deze initiatiefgroep hanteert op dit moment een leeftijdsgrens van zeventig jaar om zelf het moment van sterven te laten bepalen. Deze leeftijdsgrens wordt volgens de groep later losgelaten en heeft nu dus slechts indicatieve waarde.

De vraag om hulp bij levensbeëindiging is bij de wet op de euthanasie gericht op die patienten die in een uitzichtloze situatie verkeren. De vraag zoals gesteld door de voorstanders van de nieuwe opvattingen zoals “Uit Vrije Wil” richt zich meer op de mensen die nog niet in die situatie zitten. Zij willen echter vooraf de mogelijkheid benutten om hulp te krijgen bij levensbeëindiging voordat de bovengenoemde situatie zich aandient. Als die situatie dan intreedt, kan de arts de voorliggende toestand analyseren en aldus een besluit nemen of hij hulp zal bieden of niet. Dat besluit van die arts is dan wel een medisch besluit gedaan op grond van een medische situatie die op dat moment optreedt.

NVVE

De Nederlandse Vereniging voor een vrijwillig levenseinde (NVVE) zegt dat mensen die aan ouderdom lijden en waar de dood maar niet wil komen, hulp bij zelfdoding moeten krijgen. Het taboe moet doorbroken worden. De vereniging werpt de vraag op wat een voltooid leven is en wie kan bepalen dat het leven voltooid is.

De vereniging huldigt de opvatting dat oude mensen een weloverwogen keuze moeten kunnen maken aan het einde van hun leven en vrij moeten worden gelaten in die keuze. De NVVE wil de maatschappelijke discussie daarover starten. De NVVE meldt dat zelfdoding in verzorgingshuizen al veel voorkomt en dat 75% van de Nederlanders zich kan voorstellen dat oude mensen hun leven voltooid vinden.

De bovengenoemde verenigingen of stichtingen willen alle een vrijwillig levenseinde. Ze stellen dat de dood vergeten is om de mens op te zoeken. Zij volgen de quote van Seneca die zei dat vrijwillig sterven een vorm van goed sterven is. Als mensen hun leven voltooid vinden, dan wil men waardig sterven. Men ziet het als een soort recht, als een beslissing over eigen leven. Een woordvoerder van de NVVE zegt: “We konden niet onze eigen conceptie noch onze eigen geboorte regelen, maar nu wil ik wel mijn eigen dood regelen”. Bij afnemende waardigheid van je leven wil je het sterven niet door het lot laten bepalen. De afhankelijkheid van de zorgbureaucratie met zijn regels en procedures zou achter ons gelaten moeten worden.

³ <http://www.uitvrijewil.nu/>

Tegenstanders

Stichting Pro Vita

De stichting Pro Vita is een juristen vereniging. De vereniging is opgericht ten tijde van het abortus-debat in de jaren 80 van de vorige eeuw. Het uitgangspunt van de stichting is dat ieder mens beschermwaardig is ongeacht zijn of haar levensfase. De vereniging wil opkomen voor de rechten van de zwakken in onze samenleving en zet zich in voor juridische bescherming van deze groepen.

De vereniging organiseerde in januari van 2011 een symposium over het recht op leven en recht op beëindiging van het leven.

Op dat symposium kwam aan het woord de heer Paul Lieverse, anesthesioloog-pijnspecialist van het Erasmus MC in Rotterdam. De heer Lieverse is een tegenstander van vormen van euthanasie zoals ook blijkt uit zijn bijdrage in Trouw (Trouw, 23 september 2008) waarin hij voor zichzelf hulp bij euthanasie afwijst. Hij laat ook duidelijk het verschil zien tussen palliatieve sedatie en euthanasie: bij de eerste ligt het initiatief bij de arts, bij de tweede bij de patient. Bij langdurige ouderdom, welke vragen over eenzaamheid, verveling, lichamelijk ongemak, afhankelijk- of zich teveel voelen met zich mee brengt, stelt Lieverse dat de opstelling van initiatief groepen zoals 'Uit vrije wil' deze uitingen alleen maar verergeren. Ook op andere argumenten, zoals het bestempelen van dementie als een 'ramp', heeft Lieverse een antwoord: "Het spirituele bewustzijnsniveau van ouderen met dementie blijft intact en kan aangesproken worden".

Een andere spreker op het symposium was de heer Martin Buijsen, die op het zelfbeschikkingrecht van de mens inging. De heer Buijsen stelt dat niet het zelfbeschikkingsrecht als fundamenteel beginsel van het gezondheidsrecht moet worden gezien maar juist het recht op gezondheidszorg. Niet iedereen kan immers over zijn eigen leven beschikken en in die zin is men niet autonoom. Als het recht op zelfbeschikking de voornaamste pijler van het gezondheidsrecht is, dan is het volgens Buijsen moeilijk te rijmen dat de regels van het zorgverleningsrecht voor het recht op informatie of het beroepsgeheim zo complex zijn. Het recht op gezondheidszorg biedt een veel beter kader want dat leidt niet alleen tot een betere interpretatie van dat recht op informatie of het beroepsgeheim, maar ook tot de gelijke toegang van iedereen tot voorzieningen van noodzakelijke gezondheidszorg, en dat is vooral waar het de komende jaren om zal gaan in de gezondheidszorg, aldus Buijsen.

De heer Sutorius van de stichting "Uit Vrije Wil" was de enige voorstander van een vrijwillig levenseinde op het symposium. Als antwoord op de mening van de heer Buijsen stelde hij dat zelfbeschikking geen zwaard, maar een schild moet zijn, een bescherming tegen de systemen.

Het Lindeboom Instituut

Jochemsen (Jochemsen, 2000) stelt dat het erop lijkt dat zij die euthanasie afwijzen, zich daarvoor moeten verantwoorden in plaats van andersom. Dat tekent de instelling van het Lindeboom instituut, welks doelstelling is om de bijbels verantwoorde waarden en normen in de gezondheidszorg te

bevorderen en te handhaven. Men noemt het staken van een levensverlengende medische behandeling op basis van weigering van een patient geen euthanasie. Dat is ook niet wat de voorstanders willen, maar het geeft wel aan waar de voorstanders naar toe willen, het eerder beëindigen van het leven door middel van het toedienen van een levensbeëindigende pil.

Jochemsen (Jochemsen, 2000) merkt op dat een goede en open communicatie met de artsen, waarin de overtuiging van de patient naar voren worden gebracht, belangrijk is. Het Lindeboom instituut is een christelijke instelling en zegt dat het belangrijk is om ons te richten op het afscheid van het leven en de ontmoeting met God. Voor christenen houdt dit in dat uit eerbied voor God het leven van de mens niet opzettelijk mag worden beëindigd en dat onvermijdelijk sterven wordt aanvaard.

3. Inventarisatie van maatschappelijke ontwikkelingen.

We kunnen ons de vraag stellen waarom juist nú die vraag naar vervroegde levensbeëindiging naar voren komt. In de literatuur en in onlangs gepubliceerde artikelen vinden we veel aanknopingspunten die wijzen op het feit dat maatschappelijke veranderingen en het loslaten van vaste waarden hebben geleid tot de vraag van die vervroegde levensbeëindiging.

Want er komen meer en nieuwe communicatiemiddelen, de secularisering van de samenleving is in volle gang, de zorgverlening wordt professioneler en de individualisering van de maatschappij is sterk aanwezig. Mensen worden over het algemeen ouder en de geneeskunst wordt steeds beter: ook dat geeft aanleiding voor de nieuwe initiatieven omtrent levensbeëindiging.

De belangrijkste zal ik nader omschrijven waarbij de nadruk wordt gelegd op de conclusies die ik trek waar het hoofdstuk over hulpverlening op inhaakt. Het gaat er om te onderzoeken wat de mens beweegt om zelfbeschikking op het eigen levenseinde te willen.

Verbetering van medische zorg

De gezondheid van de mensen neemt toe en de levensverwachting stijgt. Het percentage bejaarden is sterk verhoogd en naarmate men ouder wordt neemt meestal ook het aantal gebreken toe. De medische voorzieningen zijn zodanig dat die gebreken in veel gevallen het hoofd kan worden geboden. Een voorbeeld daarvan is 'the old man's friend'⁴, een uitdrukking voor een longontsteking die vroeger op hogere leeftijd dodelijk was. Door de toename van medisch kunnen sterven mensen niet meer aan deze aandoeningen, maar leven verder.

Bij een gesprek met een geestelijk verzorger in 'de Blinkert', een verpleeghuis te Baarn merkte deze op dat de medische wetenschap nu zo ver gevorderd is dat we moeten aannemen dat mensen wellicht zelfs te lang in leven worden gehouden. Artsen kunnen lang doorgaan met behandelingen, ook met behandelingen die niet meer tot genezing kunnen leiden. Dergelijke behandelingen stoppen kan hachelijke situaties met zich mee brengen, zoals totaal geen contact meer hebben met de naasten; een voorbeeld daarvan is als de patiënt in coma geraakt. Het wordt steeds belangrijker de kunst te verstaan om 'nee' te zeggen tegen een behandeling.

De conclusie is dat de dood de mens vergeten kan zijn en dat de mens daardoor zelf het heft in handen moet nemen om er een einde aan te maken, eenvoudigweg omdat men vindt dat het leven niet meer waardevol is.

Informatievoorziening

De informatievoorziening en zgn. sociale media leiden tot een hoger zelfbewustzijn en betere kennis van wat de mens te wachten staat. Bovendien geldt een dokter niet meer als autoriteit maar zien we in

⁴ Deze uitdrukking zegt op zichzelf al veel. Blijkbaar is de dood op hoge leeftijd welkom als daarmee geen ernstige pijn gepaard gaat, wat bij longontsteking vaak het geval is (www.netdoctor.co.uk).

de maatschappij dat de patiënten steeds meer voor hun eigen rechten opkomen. Doordat de mensen meer weten, stijgt ook de mondigheid. Informatie wordt nu ook anders dan bij de medische staf ingewonnen, een second opinion is in veel gevallen niet uitzonderlijk en onderzoek naar verdere mogelijkheden wordt bekeken. Ook verschijnen op de televisie documentaires, zoals de vierdelige serie van de NCRV getiteld “Op sterven na dood”, waar mensen worden gevolgd waarop euthanasie gepleegd wordt.

Door die openheid over het onderwerp euthanasie wordt de sociale component van het stervensproces anders. Als de dood nabij is wordt het wereldje klein, er is nog slechts een dokter en een geestelijk verzorger in de buurt, en dan vanzelfsprekend de naasten. Maar er is geen mogelijkheid meer om die micro-eenheid uit te breiden. Want het is heel moeilijk om in een dergelijk intieme situatie met anderen, die in een soortgelijke omstandigheid verkeren een front, een grotere eenheid te vormen van voldoende omvang om veranderingen door te voeren als men vindt dat het noodzakelijk is. Misschien is daardoor juist wel zoveel belangstelling voor de openlijke en verborgen wensen van de stervenden naar voren gekomen (Heek, 1975).

De conclusie is dat mensen zelf willen besluiten en hun eigen mening naar voren willen brengen nu men alle informatie bij de hand heeft.

Professionalisering van de gezondheidszorg

Het was vroeger de gewoonte van gezinnen om dicht bij elkaar te wonen en voor elkaar te zorgen als de ouders op leeftijd waren. De professionele zorgverlening neemt die taak nu over. Maar dat betekent ook, en dat niet alleen, dat de zorgverlening intensiever én doelmatiger wordt: als er niet echt geholpen moet worden, dan laten we de zorg er vandaag even bij zitten. En dan kan de aandacht onder de maat zijn voor die mensen die dat juist op oudere leeftijd nodig hebben. Want hoewel de zorgverlening effectief kan zijn, er is geen aandacht meer voor de geestelijke mens, maar vooral voor de lichamelijke mens. Daardoor gaat men zich alleen voelen.

Een voorbeeld is het geval van de moeder van Jan Greven (Trouw, 7 april 2010): zijn moeder was al meer dan 90 jaar oud en was zo hulpbehoevend en moeilijk hanteerbaar dat Jan Greven haar toestand zelf beschrijft als een moeizaam lot dat je samen deelt. Zijn moeder vraagt veel en Jan kan dat niet (meer) bieden. Door een val en de daaropvolgende dood werden ze behoed voor het moeizame lot, schrijft Greven. Niet alleen de ouderen veranderen zélf, maar er wordt ook anders tegen hen aangekeken: was het eerst je moeder waar je een ouder-kind relatie mee had, dat vervaagt tot hulpvrager-hulpgever of lastpost-ergeraar.

De conclusie is dat de maatschappij niet aan iedereen kan bieden wat de mens op heel oude leeftijd vraagt, zoals aandacht en liefde en dat daarmee voor die ouderen de zin van leven kan wegvallen.

Individualisering

Het individualiseringsproces in onze maatschappij maakt de mens autonomer. Individualiteit kan echter ook leiden tot ‘zich teveel voelen’ en vinden dat het tijd wordt om eruit te stappen. Het proces van individualisering brengt dan met zich mee dat sociale isolatie optreedt (Jochemsen, 2000) en men geacht wordt om keuzes voor zichzelf te maken en om zoveel mogelijk zelfstandig door het leven te gaan. Hoewel we daar veel onafhankelijkheid mee bereikt hebben, heeft dit dus ook isolatie en eenzaamheid bewerkstelligd. Het bieden van zorg wordt moeilijker in deze omstandigheid en zorgt ervoor dat mensen zich overbodig en lastig beginnen te voelen (‘Je bent nu te oud hoor!’). Door die toenemende individualisering is er voor het individu geen reflectie meer samen met anderen. Paul van Tongeren (Tongeren, 2010) schrijft over een humanistisch verzorgingshuis waar de directeur het leven in zijn huis aangenamer had gemaakt. Sinds hij dat had gedaan kwamen er geen euthanasie verzoeken meer voor. Hij kwam hierbij tot de conclusie dat de individualisering mensen noopt om keuzes te maken die ze misschien niet willen maken.

Secularisatie

Ook de veranderende religieuze houding van mensen en de secularisatie van de maatschappij draagt bij aan een andere gehechtheid van de samenleving: geen verzuiling meer, maar een netwerk en een hogere individualisatie. De religieuze waarden zijn verdwenen (Jochemsen 2000, pagina 11): “Het gaat in het leven om het najagen van geluk. Als dat geluk verder niet meer gevonden kan worden in een mooier huis of bredere sociale contacten dan valt de zin van het leven weg”.

Een van die religieuze waarden is het ritueel. Als er in de maatschappij iets ernstigs aan de hand is, dan gaan de mensen niet meer naar de kerk, maar dan wordt er een stille tocht gehouden. Mensen hebben behoefte aan zorg voor elkaar. Polspoel (Polspoel, 2006) noemt een aantal vormen van zorg die door christelijke gemeenschappen zijn ontstaan: de praktische vorm (zoals verzorgen), de rituele vorm (zoals ziekenzalving) en de vertroosting (zoals het onder woorden brengen van het verlangen naar een ander leven). Als de religieuze factor wegvalt dan moeten we er volgens mij rekening mee houden dat er een verlies optreedt van een professionele benadering van betekenisgeving (het stimuleren of exploreren daarvan) en emotionele beleving van een stervens- of rouwproces. Polspoel beschrijft ook het feit dat kinderen van religieuze ouders vaak versteld staan van de indrukwekkendheid en troost door ziekte- en stervensrituelen. Echter, hij zegt ook dat in de confrontatie met de dood, God weer in beeld kan komen.

Voor christenen (Jochemsen 2000, pagina 12) is de kwaliteit van het leven geen maatstaf voor levensbeëindiging maar het is eerder zo dat we tegenover elkaar een sociale verantwoordelijkheid dragen.

De conclusie die hieruit getrokken kan worden is dat de mensen de laatste fase van het leven alleen maar zien als een fase waarin de waardigheid van hun eigen leven is afgenomen. Door de secularisatie wordt dit besef naar mijn mening alleen maar groter.

4. Adequate hulpverlening

De nieuwe initiatieven laten zien welke vraag speelt in de samenleving. Bovendien is die nieuwe vraag te verklaren aan de hand van maatschappelijke ontwikkelingen zoals in het vorige hoofdstuk duidelijk werd. Die maatschappelijke ontwikkelingen kunnen leidend zijn voor het begrip van de nieuwe vraag naar levensbeëindiging; de vraag komt niet uit de lucht vallen, maar vindt oorzaken in ontwikkelingen zoals het individualisme of zoals de verregaande informatisering.

Dat zijn wat mij betreft aanknopingspunten om naar hulpverlening te kijken. De mensen die vragen naar vervroegde levensbeëindiging, hebben misschien bewust of onbewust die vraag vanuit die veranderende omstandigheden gesteld. Als dat zo is, dan is men misschien gebaat bij een nadere analyse van die veranderingen en de conclusies die men daaruit trekt.

Ik laat hier in het midden of de vraag naar eerdere levensbeëindiging misschien *niet alleen* te maken heeft met de nieuwe ontwikkelingen in de maatschappij. De invloed daarvan kan men nooit wegpoetsen, maar de mate waarin die invloed geldt misschien wel.

Dit hoofdstuk is zo ingedeeld dat de belangrijkste overwegingen om het levenseinde te bespoedigen worden behandeld om de daarbij passende hulp te kunnen bieden. Die overwegingen zijn: de zin van het lijden, persoonlijke waardigheid, zelfbeschikking en de zin van het leven. Deze worden achtereenvolgens behandeld.

Tevens wil ik ingaan op het onderwerp zelfdoding als zelfstandig fenomeen omdat het naar mijn mening zo dicht tegen de vraagstelling ligt.

Dit hoofdstuk eindigt met een nawoord.

Zin van het lijden

Als rode draad in de beschrijving van het vorige hoofdstuk mag worden aangegeven dat de mensen die een beslissing over een vervroegd levenseinde willen nemen, over het algemeen de zin van het lijden in de laatste fase van het leven niet meer onderkennen. De vraag is: “Waarom moet de mens lijden?”. In de vraagstelling naar vervroegd levenseinde spreken we niet over het huidige lijden, maar het lijden dat zich in de toekomst gaat aandienen: men wil immers de beslissing nemen om het leven te beëindigen voordat het lijden optreedt. In dat kader gaan we de hulp onderzoeken aan de hand van de methode van Scherer-Rath (Scherer-Rath, 2007).

Er kan hulp worden geboden door het lijden te onderzoeken. Op de vraag naar de angst voor het lijden zullen antwoorden gegeven worden die te maken hebben met de angst om de regie over het eigen leven te verliezen, de vertrouwdheid met het lichaam te verliezen, de omgeving is niet meer dezelfde en het niet meer inzien van betekenis van de te verwachten situatie. Men zal in de situatie waarin men zich een dergelijk levenseinde voorstelt niet het vermogen bezitten om hier een antwoord op te geven. De vraag hoe te handelen of waarop men zich kan voorbereiden, wordt niet eens meer gesteld. Daarom is het voor te stellen dat men niet in een dergelijke situatie wil belanden en vooraf reeds de mogelijkheid wil hebben om hieraan te ontsnappen.

Scherer-Rath (Scherer-Rath 2007, pagina 29) schrijft over het feit dat buitenstaanders, dus mensen die niet in een dergelijke situatie zitten, alleen betekenis aan de situatie kunnen toekennen als de omstandigheden daadwerkelijk ervaren worden.

In de beschouwing van levensbeëindiging die vooraf gaat aan een ziekte kan men niet begrijpen wat het betekent om daadwerkelijk in zo'n situatie te zijn. Hoe kan je de situatie waarin je verkeert een plek geven als je (nog) niet weet wat die situatie voor je betekent?

In 'Altijd wat', een documentaire van de NCRV die in 2010 op de televisie was te zien, worden drie mensen gevolgd die net doen alsof ze nog maar een jaar te leven hebben. De gespeelde werkelijkheid heeft een indruk achtergelaten die niet echt is. Van de 'spelers' gaat geen overtuiging uit en het is duidelijk dat ze geen ervaring hebben met het proces van levensbeëindiging. De conclusie die men trekt is dat je pas kan meepraten als je er zelf levensgroot voorstaat.

Scherer-Rath (Scherer-Rath 2007, pagina 30) stelt dat de actuele levenssituatie een plek moet worden gegeven. In een situatie die zich voordoet voordat er sprake is van beëindiging van een leven, dus tijdens het uiten van de intentie, kan men argumenteren dat die intentie misschien in een ander daglicht moet worden gesteld. Immers, bij de behandeling van de verschillende groepen zoals 'Uit Vrije Wil' heeft men kennelijk niet stilgestaan bij het grote verschil: enerzijds het uitspreken van de beslissing vóórdat de levensbeëindiging zich aandient en anderzijds de toestand van het einde van het leven zelf. De hulpverlening bestaat uit het onderzoeken of het voor de patient het lijden is, dat men wil voorkómen. Als dat zo is, dan is het mogelijk om die levenssituatie, als die zich voordoet, een plek te geven. Scherer-Rath (Scherer-Rath, 2007) heeft met behulp van een zoekschema de verschillende dimensies en aspecten van contingentie opgesteld. Aan de hand daarvan kan er gewerkt worden aan het verkleinen van de emotionele belasting en een herinterpretatie van de eigen situatie.

Laten we niet vergeten dat als het lijden uitzichtloos en ondraaglijk wordt, de euthanasiewet altijd kan helpen.

Persoonlijke waardigheid

Als de regie over het leven is verloren en fysieke ontluistering toeslaat dan wordt gesproken van een onomkeerbaar verlies van persoonlijke waardigheid. De waarde en zin van het leven is afgenomen en men spreekt van een voltooid leven: de dood is beter dan verder leven.

Monnink (Monnink 2000, pagina 36) spreekt van het erkennen van het verlies. De daarmee samenhangende pijn zal moeten betekenen dat men in staat moet zijn om afscheid te nemen van het oude en open moet staan voor het nieuwe. Het integreren van de verliezen in eigen leven doet ons de menselijke nietigheid, vergankelijkheid en betrekkelijkheid beseffen. Als dat besef niet is doorgedrongen tot de mens, dan is de snelle conclusie dat persoonlijke waardigheid is afgenomen heel vanzelfsprekend. Maar als dat besef er wel is dan is het misschien mogelijk om de kwaliteit van het leven ondanks alles toch in te zien.

In dit kader is het goed om even een uitstapje te maken naar 'Sam'. Sam is de naam van een jongen die door de omroepvereniging NCRV negentien jaar lang is gevolgd. De levensverwachting van Sam was vanaf zijn geboorte al heel kort, en elke behandeling voor Sam zou zinloos zijn. Toch heeft Sam nog negentien jaar geleefd dankzij medische hulp en volgens zijn eigen zeggen was de kwaliteit van zijn leven op een schaal van 1-10 op een 9,4 uitgekomen. Dit werd steeds met volle verbazing waargenomen. Blijkbaar wordt de kwaliteit van het leven anders gezien als men zelf al patiënt is in tegenstelling tot de fase waarin men nog potentiële patiënt is. We kunnen niet bepalen hoe de kwaliteit van het leven is op het moment dat de nieuwe toestand zich aandient. Als die nieuwe toestand zich aandient en die is voor de patient ondraaglijk, dan kan de hulp worden geboden om die waardigheid op dat moment duidelijk te maken of door samen daarnaar op zoek te gaan. Als door een gesprek blijkt dat er onderkend wordt dat de mens niet meer in de hoogtij van zijn leven zit dan is er de mogelijkheid om te relativiseren. Als baby waren wij ook behoeftig, als bejaarde worden wij dat weer. Zo zou je de mens op doortocht in het leven kunnen zien en elke fase benutten om daarin zin te ontdekken, niet alleen ten gunste van bijvoorbeeld de economie maar ook misschien tot heil van andere mensen, zoals Sam laat zien. In religieus opzicht kan de patient baat hebben bij het gezegde: "Je mag er zijn, wie en wat je ook bent".

Zelfbeschikking

Van Tongeren (Van Tongeren, 2010) haalt het autonomie principe aan. Daarbij zegt hij dat de filosoof Kant tot de conclusie kwam dat je op het moment dat je doet wat je wilt, juist niet autonoom bezig bent. Een mens laat zich leiden door wat hem aantrekt. Volgens Kant ben je alleen autonoom als je zuiver redelijk handelt en daarmee wordt bedoeld dat je je neigingen moet beteugelen. Dat betekent dat iemand niet autonoom kan handelen als hij een einde aan zijn leven wil maken als gevolg van de

impuls om niet meer te willen leven.

Als iemand overweegt om een einde aan zijn leven te willen maken dan moet deze beslissing gebaseerd zijn op de gelegenheid om die beslissing te nemen. Daarbij is veel informatie nodig van artsen of andere hulpverleners. Je bent dus in feite afhankelijk van andere mensen (Doolaard 2009, pagina 906). Maar de regels voor het recht op informatie zijn, zoals eerder gememoreerd, complex. Buijsen noemde al het feit dat het recht op gezondheidszorg beter past dan het recht op zelfbeschikking.

We moeten ook hier duidelijk voor ogen krijgen in welke toestand mensen de beslissing willen nemen. De nieuwe ontwikkelingen zoals boven omschreven spreken van het nemen van de beslissing vóórdat deze situatie zich aandient. Als we dementie als voorbeeld nemen dan wil men vooraf beslissen dat in geval de dementie zo ver gevorderd is dat men elkaar niet meer herkent en van top tot teen verzorgd moet worden de dood mag intreden. Op het moment van het besluit is de situatie nog niet opgetreden en als de situatie optreedt dan neemt de patient de beslissing niet meer of liever: kan deze niet meer nemen. Op het moment van het besluit wordt er niet zuiver redelijk gehandeld want men kan de situatie van de dementie niet precies duiden. Bovendien neemt de patient de beslissing op basis van de informatie die beschikbaar is op het moment vooraf, gegeven alle informatie die op dat moment beschikbaar was, hetgeen betekent dat men afhankelijk is van elkaar.

Verder onderzoek naar autonomie levert het volgende op. Ten Have schrijft daarover in Doolaard (Doolaard 2009, pagina 907): “Een autonoom individu is constant bezig met zelfbepaling; hij moet voortdurend kiezen iets wel of iets niet te doen”. Er kan niks meer gebeuren wat men niet in de hand heeft. Maar dat is onmogelijk want de mens kan niet alles voorzien: ziektes en ongelukken heeft men niet zelf in de hand. Ook onze eigen conceptie is niet door ons bepaald. Het loslaten van de touwtjes die men in handen lijkt te hebben is vanzelfsprekend een moeilijke opgave. We spreken van respect voor het leven als het leven zich kan aandienen zoals het ons wordt gegeven; daarin liggen vaak de meest waardevolle ervaringen. Maar die kan men vooraf niet voorzien en daarom hecht de mens vooral waarde aan zaken waar men zélf waarde aan toe kent.

Het erkennen van een beperkte autonomie brengt met zich mee dat de ons omringende werkelijkheid normatieve zeggingskracht heeft waardoor ons autonome handelen grenzen dient te erkennen (Doolaard 2009, pagina 907). Dus moeten we de invloed van buitenaf niet verwaarlozen.

Een manier om daarbij hulp te verlenen is het noemen van taboes. Een taboe kan immers verhinderen dat er vrijelijk gedacht of gesproken kan worden. Als zodanig kunnen de taboes de grenzen van zelfbeschikking aangeven (Van Tongeren, 2010). De hulpverlener moet eerst de eigenlijke reden achterhalen van de wil om eerder te sterven. Is het misschien de angst voor pijn of benauwdheid of verlies van controle? Is er schaamte of ziet men juist geen enkel perspectief meer?

Zin van het leven

De verschillende partijen die behandeld zijn in hoofdstuk 2 en die spreken over een vrijwillig levenseinde, hebben, voor zover nagegaan kan worden, wat mij betreft een lage notie van de zin van het leven op latere leeftijd. Je bent oud en versleten, je bent duur voor de maatschappij. Deze argumenten worden vaak gehoord. Maar als hulpverlener is er juist de taak om de kwaliteit van het leven hoog te houden en creatief na te denken over verschillende mogelijkheden. Daar hebben we als maatschappij een verantwoordelijkheid te dragen (Trouw, 11 maart 2011). Als daar geen voorbeelden van te vinden zijn is het voor te stellen dat initiatiefgroepen juist dát aanwenden om te zeggen dat het leven toch niks meer voor stelt.

Een voorbeeld om juist in de fase waarin mensen hulpbehoevend worden te laten zien hoe men daarmee de zin van het leven kan aantonen ligt in een onverwachte hoek, namelijk het bestaansrecht van de hulpverlener zélf! Zonder naar de altruïstische kant van de patient te kijken is de patient geholpen als we hem duidelijk maken dat de hulpverlener zijn bestaan als hulpverlener dankt aan de hulpbehoevendheid van de patient. Als de patient niet in die situatie zou zijn, zou hij ook niks voor anderen kunnen betekenen (Suurmond, 2010): “Door mij, de hulpverlener, nodig te hebben zorgt de ander allereerst voor mij, hij geeft mij de gave van de zwakke stervende, die mij verrijkt”. Dat geldt ook voor ouderen die de waardigheid van het leven hebben verloren, die misschien bijna niks meer kunnen. Maar in het bejaardentehuis lopen wel hulpverleners rond, die blij zijn dat ze die hulp kunnen geven, dat ze veel te betekenen hebben voor de ouderen. Als de stervende patient dit weet dan kan dat een steun zijn voor de stervende, dat er betekenis is in het verlies. De hulpbehoevendheid verbindt en de hulpbehoevendheid levert betekenis.

Verlies aan menselijk kunnen wordt binnen de religies ook als voorbeeld van zingeving gegeven. Jochemsen (Jochemsen 2000, pagina 12) benoemt het nut om het leven van de mens die in menselijk kunnen achteruitgaat, als hij dat wil, tot het einde te leven. Dat nut is de rol die religie heeft als verbindende kracht binnen een samenleving bijvoorbeeld op de manier waarop men met lijden en sterven wil omgaan. Jochemsen noemt het feit dat voor christenen de kwaliteit van het leven geen criterium is voor beslissingen op leven en dood maar juist de sociale verantwoordelijkheid om hulp te bieden. Als tegenhanger van de individualiteit heeft religie een (Mikkers, 2010) morele dimensie die de maatschappelijke samenhang kan bevorderen. Tijdens de tijd van de hulpbehoevendheid kunnen we immers ook kijken naar de mensen die hulp bieden.

Als de hulpverlener deze kennis deelt met degene die te kennen heeft gegeven om te willen sterven, omdat hij bang is om zijn waardigheid te verliezen, doordat hij niks meer kan of omdat hij niet meer zelf over zijn eigen leven kan beslissen, zal dat voor een aantal mensen helpen om er anders over na te denken. We moeten wel in het oog houden dat het hier niet gaat om uitzichtloos en ondraaglijk lijden, immers daar is de euthanasiewet toepasbaar. Maar in deze situatie waarin de nieuwe initiatiefnemers pleiten voor zelfbeschikking bij verminderde menselijke waardigheid zal blijken dat de patient inziet

dat hij als stervende anderen kan helpen, dat hij mensen bij elkaar kan brengen, verbinden. We hoeven niet onmiddellijk aan religie te denken, maar hiermee kunnen we wel de individualisering van de maatschappij, tenminste voor een klein deel, tegenhouden. Mensen kunnen ook van elkaar leren van het proces dat de stervende meemaakt.

Daarbij wordt ten eerste het verlies van regie over het leven gebruikt. Gezien de staat van de mens aan het einde van het leven, mag het niet worden tegengesproken dat dit verlies optreedt. Daar staat echter tegenover dat de hulpverlener uit het hulpverleners veld voldoening kan halen. Een fysieke ontluistering, waar ook over gesproken wordt, is een menselijk fenomeen, waar wij ons niet voor hoeven te schamen. Men ziet de hulpverlener dan als iemand die boven de stervende staat en de vernedering zou voelbaar zijn. Dat lijkt op het eerste gezicht misschien wel het geval, maar juist door de hulpvraag bestaat de hulpverlener en dan kunnen de rollen omdraaien.

Bij de rolverdeling van hulpverlener en hulpvrager past de omschrijving van Van Den Dulk in het tijdschrift *Handelingen* (van den Dulk, 2008) die schrijft dat het levensverhaal van de medemens nergens zo verteld kan worden dan bij de voleinding van het leven. Als het stervensproces bekort wordt omdat men het verdere leven niet meer zinvol acht, hoe veel te meer kan men dan niet winnen door als hulpverlener juist daar de nadruk op te leggen. In dat geval is het waard om verder te leven, al is het maar voor een korte tijd.

Zo dus ook de patient als hij weet hoe de ander kan profiteren van de hulpvraag van de patient. Zou de patient kunnen inleveren op zijn persoonlijke waardigheid als hij weet dat zijn leven niet voor niks wordt geleefd?

En Knippenberg schrijft (Knippenberg, 2006) dat in het proces van de laatste jaren of maanden van een leven het verdriet om verlies van waardigheid, maar ook van kracht en vertrouwen en veiligheid de mensen naar binnen doet keren. Juist daar is de hulpverlener nodig om te troosten. Troosten noemt hij een doorbreken van het verdriet en het vinden van een transformerende kracht in het verdriet. Dat kan de kracht zijn om je levensverhaal te vertellen of je zorgen te uiten, juist daar waar nieuwe levensmoed te vinden is.

Zelfdoding

In het geval het verzoek al vooraf wordt gedaan, dan is het niet meer een medische beslissing, maar een existentiële beslissing omdat men een punt in het leven aanduidt waarop men niet meer verder wil leven. Dat punt wordt bepaald door een zodanige afname van menselijke waardigheid, beschreven door de initiatiefnemers, zodat er geen perspectief meer is om te leven, men overbodig wordt, te kort

schiet, er niet meer genoten kan worden. Misschien moeten we de omschrijving van een dusdanige toestand wel vergelijken met de toestand waarin iemand verkeert wanneer hij zelfmoord wil plegen. In (Doolaard 2009, pagina 880) is duidelijk dat een combinatie eenzaamheid en depressie bij ouderen een tweemaal zo hoog sterfterisico oplevert als voor ouderen zonder deze combinatie. Hier wordt een paradox beschreven van een gezond lichaam en een gezonde geest die wil sterven: ze kunnen niet leven en ze kunnen niet sterven. Maar deze mensen worden wél geholpen door de geestelijke gezondheidszorg. Dat kan betekenen dat we overeenkomsten kunnen vinden tussen de mensen die voorzien dat ze op een bepaald moment dood willen, maar niet weten in welke toestand ze dan terechtkomen: ze denken dat het leven geen zin meer heeft, maar hadden niet gehoord van de mogelijkheid van goede zorg. Als men denkt dat het leven niet meer gedragen kan worden en men dood wil, heeft dat, net als bij suicide, gevolgen voor de omgeving. Daar wordt in de initiatieven van de voorstanders van uitbreiding van euthanasie niet over gesproken.

Nawoord

Het gesprek over ouder worden ligt vooral op het vlak van de medische biologie en de sociale wetenschap. Opvallend is dat er relatief weinig over de existentiële of religieuze dimensie van ouder worden is geschreven.

Religie betekent opnieuw verbinden en dat kan gezien worden als een tegenhanger van het individualisme. Knippenberg schrijft dat “de religie een bijdrage levert in bemoediging door de onderbreking in de tekst van een levensverhaal te helpen herlezen in het licht van de oorspronkelijke tekst” (Knippenberg, 2006). Als wij onderzoeken welke vraag de mensen hebben die eerder willen sterven omdat het leven toch geen nut meer heeft, dan kunnen we kijken hoe er toch waarde aan dit deel van het leven gegeven kan worden door de onderlinge verbondenheid in een groter geheel. Daarbij kan iedereen best zichzelf zijn maar zich deel voelen van een groter geheel en een onderdeel vormen van wat Knippenberg noemt een *bezield verband*. Natuurlijk is de mens kwetsbaar en vanzelfsprekend kunnen wij aanvoelen dat de moed in de schoenen zakt, maar door het toelaten van die zwakte en het erkennen van het verdriet, krijgt die pijn een plaats en is er ruimte om die plaats te vullen met het levensverhaal. Dat is de zorg die gegeven kan worden in de fase van het leven die vooraf gezien werd als nutteloos.

Religie vormt maar een klein onderdeel van deze scriptie, maar Knippenberg is één van de schrijvers die laat zien dat in een religieus verband de verhouding tussen afhankelijkheid en onafhankelijkheid, de autonomie waar de voorstanders van de initiatiefgroepen op focussen, scheef kan groeien. M.a.w. is er werkelijk sprake van autonomie in een situatie van lijden? Knippenberg (Knippenberg, 2006): “Met God kan je weer afhankelijk zijn en toch jezelf blijven. De geestelijk verzorger kan de onzichtbare

wereld van religie signalen laten geven waardoor men bewust wordt van eigen eindigheid en dit ook kan toegeven.”

5. Conclusies en aanbevelingen

Welke hulp is nodig voor die mensen die zelf willen beschikken over het einde van hun leven?

De eerste conclusie is dat de problematiek rond het levenseinde verschuift van arts naar geestelijk verzorger.

De vraag naar zelfbeschikking over het eigen levenseinde is anders dan de vraag welke de euthanasiewet beantwoordt. We hebben namelijk gezien dat er zich nog geen lichamelijke of geestelijke ziekte voordoet noch dat er sprake is van langdurig en ondraaglijk lijden. De vraag komt op het moment dat de patiënt nog met beide benen in het leven staat. Bij ‘Uit Vrije wil’ staat de grens op dit moment bij een leeftijd van 70 jaar. Die grens staat al ter discussie en zal straks wegvallen volgens de stichting. De verzoeker wil voorkomen dat er een situatie ontstaat die zodanig is dat hij niet meer kán besluiten en dus wil hij reeds eerder het besluit nemen om te sterven. In dat geval is er naar mijn mening geen verschil met zelfdoding, behalve dan dat het besluit in overleg wordt genomen en dat er hulp van buitenaf nodig is. De vraag is dus ook niet meer gericht aan een lichamenlijk verzorger zoals de arts geneeskundige, maar aan iemand die geestelijk verzorgt. Deze conclusie is getrokken omdat bijna alle hulpvragen die zijn behandeld geen lichamenlijk element bevatten.

De hulp die de mensen nodig hebben is de hulp van een geestelijk verzorger en wel zo dat deze ter beschikking staat aan iedereen, net zoals het zo gewoon is voor iedereen om een huisarts te hebben.

De tweede conclusie is dat de vraag een reactie is op een andere samenleving.

Het is niet zo gek dat de nieuwe vraag er is. We hebben de meest voor de hand liggende maatschappelijke ontwikkelingen de revue laten passeren en aangetoond dat die invloed hebben op de nieuwe vraag. De belangrijkste voor mij zijn de individualisering, de ontkerkelijking en de informatisering. Deze drie zijn zo belangrijk omdat de mens meer op zichzelf komt te staan en daarom niet meer in de gaten wordt gehouden en interactie mist. *“Omdat wij mensen gecompliceerde wezens zijn met zowel zuivere als onzuivere motieven kan het geen kwaad dat wij elkaar in de gaten houden”* (Ter Linden 2010, pagina 163). De ontkerkelijking levert minder geestelijke ondersteuning, minder zorg voor elkaar en minder rituelen om ons aan vast te houden. De informatisering geeft ons zoveel informatie dat we alles denken te weten en omdat de informatisering in de kinderschoenen⁵ staat kan ze nog niet ingezet worden in positieve zin. Vanzelfsprekend zijn er andere oorzaken die met de vraag te maken hebben. Maar de algemene conclusie luidt dat de vraag niet onvanzelfsprekend is.

⁵ Jaren werkend in de informatisering merk ik dat we wel informatie tot ons kunnen nemen, maar dat we de toepassingen van informatie verstrekking nog te weinig uitbuiten. We nemen de informatie niet ter hand en maken deze beschikbaar zodanig dat ze precies dat levert wat men vraagt. Bovendien is de techniek nog niet zo ver gevorderd dat alles ‘voor de hand liggend is’: te veel toeters en bellen zijn nodig om met informatisering om te gaan.

De hulp die de mensen nodig hebben is een professionele geestelijk verzorger, die zodanig is opgeleid dat hij mensen met levensvragen terzijde kan staan.

Tijdens het symposium⁶ over het ambt van de geestelijk verzorger werd aandacht besteed aan het professioneel beheren van het beroep. De beroepsvereniging stelt dat professionele begeleiding alleen kan plaatsvinden via ambtelijke binding aan een levensbeschouwelijk genootschap. Vanzelfsprekend moet de levensbeschouwelijke oriëntatie gewaarborgd zijn, maar ambtelijke binding is niet de enige manier waarop dat kan plaatsvinden. De discussies toonden aan dat het professioneel beheren van het beroep veel aandacht vraagt. Mijn conclusie daaruit is dat hulpverlening aan mensen die zich aan de nieuwe initiatieven van vervroegde levensbeëindiging hebben verbonden het beroep van geestelijk verzorger zullen gaan beïnvloeden. Dit is slechts een korte uitstap, want deze scriptie gaat over de hulp aan de patiënten, niet over het beroep van geestelijk verzorger. Mijn aanbeveling zou zijn om juist op het gebied van levensbeëindiging de behoefte aan het beroep van geestelijk verzorger te onderzoeken, omdat hier zoveel levensvragen worden gesteld. De derde conclusie is dat (oudere) mensen te weinig betekenis aan het leven ontnemen. Ouderdom komt met een opstapeling van kwalen. Maar ouderdom komt ook met illusies, zelfs zo dat mensen nog steeds aan de knoppen van hun bestaan willen zitten. Verzorgers krijgen een grote invloed op hun bestaan en de vragen komen. Die vragen moeten beantwoord worden.

Aangezien de arts niet meer het aanspreekpunt is en aangezien de vraag heel duidelijk is, moeten we werken aan een geestelijk verzorgerbestand, dat de vraag op zich neemt en haar beantwoordt. Dat kan de geestelijk verzorger niet in zijn eentje oplossen. Er zijn op basis van de maatschappelijke ontwikkelingen ook maatschappelijke aanpassingen nodig. De eerste moet zijn dat het net zo gewoon is om een geestelijk verzorger te hebben als een huisarts. De huisarts zelf is niet de aangewezen persoon want deze heeft reeds een vastomschreven en duidelijke positie die iedereen kent. De geestelijk verzorger moet misschien een nieuwe naam krijgen om zijn vastomschreven en duidelijke positie te waarborgen. De overheid moet deze beroepsgroep duidelijk positioneren en het moet gemakkelijk zijn om toegang tot de verzorger te krijgen. De hulp van de informatisering kan ingezet worden om de patient beter te laten omgaan met alle beschikbare informatie en om mensen beter toegang te verlenen via internet. Ik pleit voor een onderzoek naar een omgeving waar de patient via internet kan communiceren met naasten en met de geestelijk verzorger. Het moet ook veel duidelijker worden wat de mensen na hun werkzame leven kunnen doen en kunnen betekenen. Weliswaar gaat de pensioenleeftijd omhoog, maar dan blijft er veel tijd over waarin mensen steeds meer gaan denken dat er geen betekenis meer is in hun leven: dat is een overduidelijke conclusie uit de voorgaande hoofdstukken. Misschien is het voorbeeld van het verhaal van de kat Ollie, dat op een symposium in

⁶ Symposium 'Vanuit en op basis van geloofs - en levensovertuiging...' Het ambt van de geestelijk verzorger in discussie' Universiteit Utrecht 8 oktober 2010

Rotterdam werd gehouden, wel het meest eenvoudige en aansprekende. De kat was huisdier van een bejaarde in een bejaardentehuis, en die bejaarde ging dood. Vervolgens behoorde de kat aan een tweede bejaarde en die ging ook dood. En bij een derde hetzelfde laken een pak. De directie wilde de kat wegdoen maar de bejaarden kwamen in opstand. Waarom zouden ze in opstand zijn gekomen? De hulp die de mensen nodig hebben is de hulp van de overheid die voorwaarden schept waaronder het leven meer betekenis krijgt, zoals duidelijke campagnes voor informatievoorziening, zorgverzekering voor geestelijk verzorgers, (vrijwilligers)werk voor ouderen, zingeving voor ouderen. Bovendien moeten mensen, vooral die mensen die in een eenzame positie verkeren, de mogelijkheid krijgen om via informatisering met andere mensen te kunnen praten terwijl ze die mensen ook zien. Geestelijk verzorgers moeten opgeleid worden om via internet met eenzame mensen te praten.

Verder is een onderzoek nodig naar de beweegredenen van diegene die de wens heeft om zelf te beschikken over het leven. Een dergelijk onderzoek moet plaatsvinden op het moment dat de vraag komt, wanneer er nog geen sprake is van een naderend einde, maar het verzoek nog wel opportuun is en op het moment dat het einde nabij is. De reden daarvoor is dat er steeds moet worden gekeken wat de zin van het leven is en gevraagd moet worden hoe het leven geleefd of beleefd wordt. Daarbij is een geestelijk verzorger nodig.

Literatuurlijst:

- Doolaard (ed.), Jaap , Nieuw Handboek Geestelijke verzorging, 2^e druk herziene editie september 2009, Kok Kampen © 2009**
- Dulk , Maarten den , Handelingen 2008/5, Tijdschrift voor Praktische Theologie, 35^e jaargang nr.5, pp 66. © 2008**
- Heek,F. van , Actieve euthanasie als sociologisch probleem, Boom Meppel, 1975.**
- Jochemsen,H. , Euthanasie als medisch-ethisch en christelijk ethisch probleem, de Wekker 110 nr 1., pp 7-12, 2000**
- Knippenberg, T. van , Troost en religie. Praktische theologie 33, 2 173 – 181, 2006**
- Linden, Nico ter , Alleen maar vrije tijd, Balans Amsterdam, 2010**
- Monnink, H. de, Verlieskunde Handreiking voor de beroepspraktijk p. 31 – 54, 2000**
- Polspoel, A., Troost bij sterven en rouw. Praktische theologie 33, 2 182 – 187, 2006**
- Scherer-Rath, M. , Contingentie en religieus existentiële zorg. Tijdschrift Geestelijke verzorging, 10, 43, 31-36, 2007**

Artikelen uit het dagblad Trouw:

- “Niek”, 21 november 2010**
- Bertholet, Ester, “Zelfbeschikking is vooral wens van familie”, 11 maart 2011**
- Dupuis, Heleen, “Over de kwetsbaarheid en de eindigheid van het leven”, 27 november 2009**
- Greven, Jan, “De regie aan het sterfbed verschuift”, 24 augustus 2010**
- Greven, Jan, “Verdriet om leven dat maar niet ten einde wil komen”, 7 april 2010**
- Loenen, Gerbert van, “Pas op voor hooggestemde idealen, 21 november 2009**
- Mikkers, Tom, “Compassie is het begrip waar het om draait”, 21 september 2010**
- Oijen, Wilfred van, “De dood is niet erg, het afscheid wel”, 9 januari 2010**
- Pelkhelder, Willem, “IKON en de pil van Drion, 23 juni 2010.**
- Suurmond, Jean-Jacques, “In de naam van Jezus Kneus, onze Heer”, 28 september 2010**
- Tongeren, Paul van, “Zelfgekozen dood is onmogelijk”, 16 februari 2010**