**Wel of niet reanimeren?**

Ethische en christelijke overwegingen rondom wel of niet reanimeren raken aan diep persoonlijke vragen over leven, lijden, waardigheid en sterven. Hieronder beschrijf ik de belangrijkste **ethische** en **christelijke** standpunten die in Nederland veel worden besproken bij deze keuzes. Tot slot een artikel van Jay Watts, een Amerikaans artikel over dit vraagstuk wat grotendeels overeenkomt met de Nederlandse situatie.

**Wat is reanimeren?**

Ernstig zieke patiënten kunnen een hartstilstand krijgen of de ademhaling kan stoppen. Reanimeren is de behandeling die dan kan worden toegepast. Er wordt geprobeerd om het hart en de ademhaling weer op gang te krijgen. Hierbij worden hartmassage, kunstmatige beademing, medicijnen en soms elektrische schokken gebruikt.

Een reanimatie is een ingrijpende gebeurtenis, die in veel gevallen slechts een kleine kans van slagen heeft. Soms slaagt een reanimatie alleen gedeeltelijk. Dan gaat het hart weer kloppen, maar komt de patiënt door hersenschade niet goed meer bij bewustzijn of hij/zij wordt invalide.

De kans dat een reanimatie succes heeft, hangt af van veel factoren. Bij een hoge leeftijd of bij ernstige medische problemen wordt de kans op succes aanzienlijk kleiner. (8-15% overlevingskans) Reanimatie heeft een hogere kans van slagen bij patiënten die een hartstilstand door een hartritmestoornis krijgen terwijl ze in het ziekenhuis aan een hartmonitor liggen. (Ongeveer 20%)

**Ethische overwegingen bij reanimatie**

Ethisch gezien draait de discussie vaak om de balans tussen het **behoud van leven**, het **voorkomen van lijden**, en het **respecteren van autonomie**.

**1. Autonomie**

* Een belangrijk ethisch principe is dat ieder mens het recht heeft om zelf te beslissen over zijn of haar lichaam.
* Als iemand bewust kiest om niet gereanimeerd te willen worden, moet die keuze worden gerespecteerd, zolang die goed geïnformeerd en vrijwillig is gemaakt.

**2. Medische proportionaliteit**

* Reanimatie is niet altijd in het belang van de patiënt. Soms leidt het tot ernstig lichamelijk of geestelijk lijden (bijv. hersenbeschadiging).
* Artsen moeten afwegen of reanimatie **proportioneel** is: is de kans op herstel reëel, of leidt het vooral tot meer lijden?

**3. Kwaliteit van leven**

* Niet alleen het voortbestaan telt, maar ook hoe iemand leeft na een reanimatie. Als de kans groot is dat iemand in een uitzichtloze toestand terechtkomt, kan dat een reden zijn om niet te reanimeren.

**4. Niet-schaden (het principe van 'non-maleficence')**

* Artsen en hulpverleners mogen geen onnodige schade toebrengen. Als reanimatie vooral schade oplevert zonder realistisch herstel, kan het beter achterwege blijven.

**Reanimatie in Nederland: regels en keuzes**

In Nederland gelden duidelijke medische, ethische en juridische regels rondom reanimatie. Reanimatie is het proberen om iemand bij een hartstilstand weer tot leven te wekken, bijvoorbeeld met borstcompressie of een AED. AED staat voor Automatische Externe Defibrillator. Het is een apparaat dat een gecontroleerde elektrische schok kan toedienen aan het hart, met de bedoeling de normale hartfunctie te herstellen. De overlevingskans van slachtoffers neemt bij reanimeren met AED aanzienlijk toe. Niet iedereen wil of moet echter gereanimeerd worden. De beslissing om wel of niet te reanimeren hangt af van medische inschattingen, persoonlijke wensen en juridische kaders.

**Wilsverklaring of niet-reanimeren penning**

Iedere volwassene in Nederland heeft het recht om te kiezen of hij/zij gereanimeerd wil worden. Als iemand **niet gereanimeerd wil worden**, kan dat op verschillende manieren worden vastgelegd:

* Een schriftelijke **wilsverklaring** waarin staat dat iemand niet gereanimeerd wil worden.
* Een officiële **niet-reanimeren penning** (bijvoorbeeld van de Nederlandse Patiëntenvereniging of NVVE), die zichtbaar om de hals gedragen wordt.

Hulpverleners en artsen moeten een duidelijke wilsverklaring respecteren, mits die op het moment van handelen herkenbaar en geldig is.

**Beslissingen van artsen**

Artsen mogen ook besluiten **niet te reanimeren** als zij vinden dat reanimatie **medisch zinloos** is. Bijvoorbeeld bij een vergevorderd stadium van ziekte, waarbij reanimatie het lijden alleen maar zou verlengen. In zulke gevallen is de arts niet verplicht om te reanimeren, ook als er geen schriftelijke verklaring van de patiënt is.

Artsen bespreken dit bij voorkeur met de patiënt zelf of, als dat niet meer mogelijk is, met diens wettelijk vertegenwoordiger of familie. De gemaakte afspraken worden in het medisch dossier vastgelegd.

**Spoedeisende situaties en omstanders**

In het openbaar of thuis kunnen burgerhulpverleners of omstanders starten met reanimatie als iemand geen hartslag of ademhaling meer heeft. Als er **geen zichtbare penning of verklaring** is, wordt meestal begonnen met reanimatie – ‘in dubio starten’ is de regel. Alleen als een geldige penning of wilsverklaring direct zichtbaar is, mag van reanimatie worden afgezien.

**Hulpverleners (zoals ambulancepersoneel)**

Professionele hulpverleners mogen stoppen met reanimatie als:

* Er een geldige niet-reanimeren penning of wilsverklaring aanwezig is.
* De arts hen via medische gegevens meldt dat reanimatie niet wenselijk is.
* De patiënt aantoonbaar terminaal of overleden is.

**Wilsbekwaamheid en vertegenwoordigers**

Een niet-reanimatieverklaring is alleen geldig als iemand op het moment van opstellen **wilsbekwaam** was – dus in staat om de gevolgen van die keuze te overzien. Als iemand dat niet (meer) is, kunnen naasten of een wettelijk vertegenwoordiger (echtgenoot, kinderen, curator) meebeslissen, maar zij mogen **niet op eigen initiatief** een niet-reanimeren verklaring opstellen namens iemand anders

**Christelijke overwegingen bij reanimatie**

In christelijke tradities staat het leven als gave van God centraal. Maar ook daarbinnen bestaan verschillende visies op het wel of niet reanimeren.

**1. Leven is heilig**

* Het menselijk leven wordt gezien als kostbaar en door God gegeven. Daarom mag het niet zomaar beëindigd worden, en is het beschermen van leven belangrijk.
* Reanimatie kan gezien worden als het respecteren van dit leven, zeker als de kans op herstel goed is.

**2. Niet krampachtig vasthouden aan het leven**

* Als christenen geloven we dat het aardse leven niet het einddoel is, maar een voorbereiding op het eeuwige leven.
* Daarom hoeft het leven niet koste wat kost gerekt te worden als het lijden ondraaglijk is of als er geen uitzicht meer is op herstel. Het weigeren van extreme interventie duidt niet op een verlangen om te sterven, maar op de acceptatie dat de dood het natuurlijke einde is. We zijn moreel niet verplicht om de maximale levensduur te leven die de medische wetenschap kan bieden, ongeacht de negatieve impact die interventies op ons lichaam kunnen hebben.
* "Loslaten in vertrouwen" op God is dan soms meer gepast dan blijven behandelen.

**3. Lijden en sterven in perspectief**

* Lijden heeft binnen het christelijk geloof soms een plaats, maar het is niet de bedoeling om lijden nodeloos te verlengen.
* Reanimatie die alleen leidt tot langer lijden kan strijdig zijn met barmhartigheid en zorgzaamheid.

**4. Verantwoordelijkheid en vertrouwen**

* Christenen worden opgeroepen om verantwoord met hun lichaam om te gaan, maar ook om te vertrouwen op Gods leiding bij het sterven.
* Reanimatie wel of niet accepteren kan dan een daad zijn van geloof en overgave.

Ethisch gezien ligt de nadruk op autonomie, proportionaliteit en het vermijden van schade. Christelijk gezien staat eerbied voor het leven centraal, maar is er ook ruimte voor loslaten en vertrouwen op Gods leiding. Zowel ethisch als christelijk kunnen er dus goede redenen zijn **om wel of juist niet te reanimeren** – het hangt af van de situatie, de persoon en het levensbeschouwelijke kader.

**Conclusie**

In Nederland is het recht op zelfbeschikking belangrijk. Iedereen kan besluiten of hij/zij wel of niet gereanimeerd wil worden. Vanuit een christelijk perspectief moeten er in gebed overleg en keuzes gemaakt worden of een reanimatie interventie een gerede kans op leven biedt of dat het in sommige situaties beter is een natuurlijke dood te sterven. Die keuze moet goed worden vastgelegd en kenbaar zijn in acute situaties. Artsen en hulpverleners moeten zorgvuldig omgaan met deze wensen, binnen de grenzen van medisch en ethisch verantwoord handelen.

Door Gerard Feller

**Nadenken over niet-reanimering-verklaringen (Do not Resuscitation =DNR)**

**Door Jay Watts**

Mijn vader lag in bed op de intensive care, nadat hij dagenlang grotendeels bewusteloos was geweest. Ondanks een korte opleving van zijn bewustzijn, vertoonde hij onmiskenbare tekenen van een naderende natuurlijke dood. De vraag die de arts mij, als naaste familie en vertegenwoordiger, stelde, was: als er iets gebeurt – als zijn hart stopt – zullen we dan een reanimatie proberen? Zou het zijn wens of die van mijn familie zijn, dat mijn vader met een defibrillator gereanimeerd zou worden, of is het nu tijd voor een ​​niet-reanimeren-verklaring. Ik begreep dat de arts vroeg of ik bereid was te accepteren dat mijn vader stervende was.

**Definitie**

Een 'Niet-reanimeren'-verklaring (DNR) is een medische richtlijn die stelt dat in geval van een hartstilstand of ademhalingsstilstand, medische professionals geen maatregelen mogen nemen om de patiënt te reanimeren, niet door middel van borst-compressie, of via cardiopulmonale reanimatie (CPR), niet via intubatie (het inbrengen van een beademingsbuis) en/of defibrillator (een elektrische schok om het hartritme te resetten). De patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger kan besluiten niet te reanimeren, in sommige gevallen kan dit ook worden besloten op nadrukkelijk advies van medische professionals en ethische commissies als men ervan overtuigd is dat de negatieve gevolgen van reanimatiepogingen zwaarder wegen dan de kans op succesvol herstel. De AMA Code of Ethics stelt dat artsen, zodra een DNR is ingesteld, niet mogen ingrijpen, zelfs niet in situaties waarin reanimatie medisch gezien verantwoord zou zijn. (1) Zij moeten de autonomie van de patiënt respecteren.

**Complicaties en ethiek**

Hoe simpel het ook klinkt, er kunnen complicaties optreden. Er moeten ethische vragen worden overwogen, zoals wanneer is het gepast om een ​​DNR vast te stellen, wie draagt de verantwoordelijkheid ​​om ervoor te zorgen dat de DNR wordt nageleefd, welke procedures patiënten hebben wanneer medische professionals DNR's negeren, en hoe artsen en verpleegkundigen kunnen worden voorbereid om met patiënten te praten tot een mogelijke besluitvorming van een DNR, zonder dat het lijkt alsof ze stoppen met het verlenen van medische zorg. Onderzoek uit 1999 wees uit dat artsen de richtlijn mogelijk negeren als ze onderscheid maken tussen natuurlijke hart- en longaandoeningen en die welke optreden tijdens hun medische ingrepen,(2) terwijl ambulancepersoneel (EMT's) die hun professionele opdracht volgen, agressief kunnen overgaan tot reanimatie voordat ze ontdekken dat de patiënt geen behandeling wenste.(3) Dit creëert een ingewikkelde overlap waarbij de voorschriften van medische professionals om levens te redden de juridische grens kunnen overschrijden van wetten die verzoeken om niet te reanimeren (DNR).(4)

Een probleem bij het beslissen van DNR's komt voort uit een misvatting die gebaseerd is op fictieve veronderstellingen, namelijk dat reanimatie een veel hoger succespercentage heeft dan in werkelijkheid het geval is. (5) Het probleem is zo wijdverbreid dat sommigen pleiten voor een wijziging van de terminologie in 'Do Not Attempt Resuscitation' (Doe geen poging tot reanimatie) (DNAR) of 'Allow Natural Death' (Sta een natuurlijke dood toe) (AND), DNR kan de valse indruk kan wekken dat reanimatie een keuze is in plaats van een medische wanhoopspoging die bedoeld is om iemand met een hartstilstand of longproblemen een kleine kans op overleving te geven. (6)

Alle betrokken partijen moeten een afweging maken. Gebaseerd op de waarde en waardigheid van het menselijk leven. Paternalistische medische praktijken – waarbij artsen patiënten als kinderen behandelen en behandelingsopties voorschrijven – en, omgekeerd, zorgmodellen – waarbij patiënten artsen behandelen als ondergeschikten van wie verwacht wordt dat ze aan al hun verzoeken voldoen – erkennen beide niet het belang van een wederzijds respectvolle relatie. Een goede relatie eert medische professionals die hun werk met een doel en integriteit als een hogere roeping zien, en patiënten die hun artsen vertrouwen en op hun expertise vertrouwen om hun gezondheid te ondersteunen.

**Christenen en de dood**

Christenen zouden de dood niet moeten vrezen, noch ernaartoe moeten haasten. Onze hoop op een eeuwig bestaan ​​in eenheid met God in Christus beïnvloedt elk aspect van onze relatie met leven en dood. Paulus worstelt hiermee in Filippenzen 1:21-26 en beweert dat hij het leven ziet als een volharding in Christus, en de dood als de voltooiing van zijn werk. Christenen omarmen alle uitdagingen van het leven in een poging de genade en barmhartigheid van onze Heer te weerspiegelen in het leven van de mensen die Hij ons geboden heeft lief te hebben zoals we onszelf liefhebben. Maar we kunnen de dood ingaan met de vrede en het vertrouwen van een volk dat hoopt dat Jezus ons thuis verwelkomt. Een DNR, goed begrepen en uitgevoerd, kan alle betrokkenen helpen verduidelijken hoe we de overgang willen maken zodra onze natuurlijke dood nadert en onze dienst aan deze kant van de hemel voltooid is.

**DNR versus het bespoedigen van de dood**

Paus Johannes Paulus II schreef in zijn meesterlijke encycliek Evangelium Vitae over onze plichten tegenover God met betrekking tot onze medische behandeling naarmate we op weg zijn naar een natuurlijke dood. Hij bouwt voort op de algemene katholieke leer dat een mens "een morele verplichting heeft om gewone of proportionele middelen te gebruiken om zijn of haar leven te behouden."(7) Paus Johannes Paulus II maakt een duidelijk moreel onderscheid tussen euthanasie, het opzettelijk zoeken naar de dood als middel om pijn en lijden te verlichten, en het afzien van wat hij als buitensporige medische behandelingen beschouwt, "hetzij omdat ze inmiddels niet meer in verhouding staan ​​tot de verwachte resultaten, hetzij omdat ze een buitensporige last opleggen aan de patiënt en zijn familie."(8) Deze weigering van verdere medische behandeling is simpelweg de erkenning dat onze natuurlijke dood op handen is en dat pogingen om ons leven te verlengen een zware en onnodige tol zouden eisen van verwondingen en middelen. Zijn verwoording is behulpzaam bij het kaderen van de ideeën die hierbij een rol spelen.

Een DNR (niet-ontvankelijkheidsverklaring) stelt personen in staat om medische richtlijnen op te stellen waarin hun wensen worden verduidelijkt in geval van wilsonbekwaamheid en het niet kunnen uiten van deze wensen in een noodsituatie. Het weigeren van extreme interventie duidt niet op een verlangen om te sterven, maar op de acceptatie dat de dood het natuurlijke einde is. We zijn moreel niet verplicht om de maximale levensduur te leven die de medische wetenschap kan bieden, ongeacht de negatieve impact die interventies op ons lichaam kunnen hebben. Reanimatiepogingen zijn zinvol bij patiënten die te maken hebben met incidentele hart- of longproblemen. Oudere patiënten met meerdere ziektes die bijdragen aan een verzwakte toestand hebben legitieme redenen om te overwegen of een DNR een goede optie voor hen is. Zoals Dr. Holland Kaplan van het Baylor College of Medicine schreef: "Reanimatie draagt ​​niet bij aan de verbetering van iemands onderliggende medische aandoeningen. Mijn patiënt met ernstige bloedarmoede, hartfalen en uitgezaaide kanker zou, als hij gereanimeerd was, nog steeds ernstige bloedarmoede, hartfalen en uitgezaaide kanker hebben gehad. Naast deze problemen zou hij een hele reeks nieuwe problemen hebben door de reanimatie die hij net had ondergaan."(9)

Kaplan maakt zich zorgen dat onze cultuur prioriteit geeft aan heldhaftige inspanningen om het leven te verlengen. Het is nuttig om onze inzet voor levensverlenging te heroverwegen, wat het betekent voor hoe we sterven, en waarom noch patiënten, noch medische professionals zich op hun gemak voelen bij het bespreken van de mogelijkheid van geen reanimatie. Misschien speelt een overdreven idee van de effectiviteit van reanimatie wel een rol.

**De realiteit van een reanimatie**

Het beeld is alomtegenwoordig in medische drama's: een patiënt in nood, onze held leunend over de borstkas – terwijl de patiënt op de grond ligt of, nog dramatischer, boven op de patiënt op een ziekenhuisbrancard – en borst-compressie uitvoert, de patiënt weer wanhopig tot leven smekend. Een andere jonge arts schuift naar binnen en intubeert de patiënt om lucht in de longen te krijgen. Soms, terwijl het geluid van de hartstilstand de kamer vult met het bekende hoge gezoem, halen ze de paddles tevoorschijn en brengen de patiënt weer tot leven met een schok. Plotseling verandert het gezoem in een pieptoon. Het medische team trekt zich terug en de patiënt wordt langzaam, versuft, weer gezond. Deze bekende scène is bijna volledig fictief, een fictie die ertoe leidt dat veel mensen het vermogen om een ​​patiënt in hart- of longproblemen te reanimeren overschatten. Het is waar dat reanimatie werkt als een brug naar echte medische interventie, maar niet in de mate waarin mensen in films en op televisie geloven. (10)

Leken lijken te overschatten hoe vaak reanimatie werkt. (11) De werkelijkheid is veel ingewikkelder. De kans dat iemand buiten het ziekenhuis een reanimatie overleeft en het ziekenhuis bereikt, ligt tussen de 10 en 14 procent. (In Nederland nu 20%) Die percentages dalen aanzienlijk naarmate de leeftijd van de patiënt stijgt en worden angstwekkend laag bij comorbiditeiten. (Comorbiditeiten zijn medische aandoeningen die u naast een primaire diagnose heeft. U kunt een of meer comorbiditeiten hebben). (12) Mochten ze overleven, dan zullen ze vrijwel zeker gebroken ribben, een gebroken borstbeen en mogelijk gescheurde inwendige organen oplopen. Afhankelijk van de tijd tussen het begin van de gebeurtenis en de stabilisatie, kunnen ze ook onomkeerbare cognitieve stoornissen oplopen door zuurstofgebrek in de hersenen. De kans op een positieve uitkomst, wat betekent dat ze overleven en uiteindelijk het ziekenhuis verlaten, is aanzienlijk groter als de hart- of longaandoening zich in het ziekenhuis voordoet, omringd door medisch personeel. Er kunnen echter nog steeds gebroken ribben, een gebroken borstbeen, gescheurde organen en mogelijke cognitieve beperkingen optreden. Defibrillatoren zijn een belangrijk hulpmiddel, maar ze kunnen een stilstaand hart niet weer op gang brengen. Ze helpen een hart tijdens een hartstilstand om een ​​gezond ritme te herstellen. Hun snelle inzet redt levens, maar ze kunnen mensen niet terugbrengen uit de dood.

In 2012 deelde Harvard Medical School een artikel waaruit bleek dat wanneer kankerpatiënten visueel begrepen wat reanimatie is, hoe vaak het niet helpt om het leven te verlengen en de waarschijnlijke fysieke gevolgen, ze eerder kozen voor een niet-reanimatie. (13) Reanimatie is geen automatische keuze.

**Reanimatie (DNR) en medische professionals**

Een artikel in de New York Times van augustus 2024, getiteld "Artsen redden haar leven. Ze wilde dat niet", draait om Marie Cooper, een oudere vrouw met sterke religieuze overtuigingen en duidelijke medische richtlijnen die artsen negeerden nadat een routinecontrole van haar maagkanker een longaandoening had veroorzaakt. (16) Hoewel haar richtlijnen het inbrengen van een beademingsbuis absoluut verboden, verdoofde en intubeerde het personeel haar. Ze overleefde het, maar de ervaring liet haar verzwakt, psychisch getekend en niet in staat om in haar basisbehoeften te voorzien. Haar verhaal is een van de vele verhalen over medische professionals die patiënten met DNR reanimeren. Hoe gebeurt dit?

Kaplan suggereert dat er binnen de medische gemeenschap een opvatting heerst dat elk leven moet eindigen met heroïsche maatregelen. (17) Andere artsen lijken een onderscheid te maken tussen hart- en longproblemen die op natuurlijke wijze optreden en problemen die een direct gevolg zijn van de behandeling, zoals in het geval van mevrouw Cooper. (18) Dit onderscheid kan worden ingegeven door angst voor juridische stappen, vooral als artsen worden gezien als onverschillig ten opzichte van de overleving van een patiënt of als het wordt beschouwd als het gevolg van een medische fout. Minder fris is de suggestie dat een systeem waarbij per behandeling wordt betaald artsen aanmoedigt om declarabele diensten te verlenen om meer geld te verdienen, of dat artsen zich meer zorgen maken over de impact van een patiënt die onder hun zorg overlijdt op hun openbaar toegankelijke zorgstatistieken dan over de wensen van hun patiënt. (19) In sommige gevallen konden degenen die patiënten met een DNR behandelen dit simpelweg niet weten voordat de zorg werd aangeboden, vanwege de onvoorspelbaarheid van noodsituaties. (20)

Volgens de uitspraak van het Amerikaanse Hooggerechtshof in Cruzan v. Director, Missouri Department of Health (1990) moeten medische professionals zich meer zorgen maken over het schenden van de rechten van hun patiënten. (21) Zoals O. Carter Snead, hoogleraar ethiek en politicologie, stelt dat het recht om medische interventie te weigeren "geworteld is in het gewoonterecht van mishandeling, dat ongewenste aanraking door anderen verbiedt.” Op basis hiervan werd de wet van geïnformeerde toestemming ingesteld als een extra bescherming voor de lichamelijke integriteit, met name in de context van medische zorg." (22) Opperrechter William Rehnquist citeert een rechter van het Hof van Beroep van New York in Cruzan die deze rechtsleer treffend beschrijft: “Iedereen van volwassen leeftijd en met een gezond verstand heeft het recht om te bepalen wat er met zijn eigen lichaam gebeurt; en een chirurg die een operatie uitvoert zonder toestemming van zijn patiënt, pleegt mishandeling, waarvoor hij aansprakelijk is voor de gevolgen.” (23)

De gevolgen in de praktijk van het negeren van een DNR lijken echter minder motiverend dan de vermeende risico's van het laten sterven van een patiënt. Raphael citeert juristen in haar artikel in de New York Times, waarin ze stellen dat rechtszaken in dit scenario zeldzaam zijn. Schadeclaims worden berekend op basis van loonderving, en oudere patiënten bieden geen mogelijkheid tot een hoge schadevergoeding. Hoewel het onbetwistbaar is dat sommige patiënten onrecht is aangedaan, is dit geen categorie onrecht die iemand zich geroepen voelt te straffen.

**Beslissingen moeten worden genomen**

Het lijdt geen twijfel dat reanimatie, intubatie en defibrillatoren levens redden. Hoewel het exacte aantal levens dat jaarlijks in de Verenigde Staten wordt gered moeilijk te berekenen is, stelt de American Heart Association (AHA) categorisch: "Reanimatie is een levensreddende interventie en de hoeksteen van reanimatie na een hartstilstand. Overleving na een hartstilstand hangt af van vroege herkenning van de gebeurtenis en onmiddellijke activering van het noodhulpsysteem." (24) De AHA beweert ook dat er jaarlijks 100.000 of meer levens gered zouden kunnen worden als meer mensen getraind zouden worden in het correct uitvoeren van reanimatie.

Een van de redenen waarom de effectiviteit van reanimatie zo verkeerd begrepen wordt, is misschien wel dat een hartstilstand zo schokkend fataal is. Volgens het Rode Kruis "zorgt EMS [Emergency Medical Services] jaarlijks voor meer dan 350.000 mensen in de Verenigde Staten die een niet-traumatische hartstilstand buiten het ziekenhuis (OHCA) krijgen. Ongeveer 90% van de mensen die een OHCA krijgen, overlijdt." (25) De beste overlevingskans voor iedereen die met een OHCA te maken krijgt, is de onmiddellijke toepassing van reanimatie en het gebruik van een defibrillator. Reanimatietechnieken vormen een brug naar intensievere medische interventies, (26) maar is het een brug die ieder mens moreel gezien moet proberen te overbruggen in wat waarschijnlijk zijn laatste momenten aan deze kant van de hemel zullen zijn? Absoluut niet.

Dit onderwerp is moeilijk bespreekbaar. Tijdens de voorbereiding op dit artikel heb ik er met een paar mensen over gesproken. Een oudere vriend antwoordde: "Heb je haast om me te laten sterven?" Een ander zag mijn gesprek als een aanmoediging voor mensen om een ​​DNR te nemen. Daarom is dit gesprek zo moeilijk. We hebben het over het einde van ons leven te midden van de mensen van wie we houden, en DNR kan voelen als opgeven. Ik heb duidelijk gemaakt dat mijn enige wens is dat mensen een open en eerlijk gesprek met hun arts voeren over wat reanimatie inhoudt en dat ze een weloverwogen persoonlijke beslissing kunnen nemen.

**Jay Watts** is the founder and president of Merely Human Ministries, Inc., an organization committed to equipping Christians and pro-life advocates to defend the intrinsic dignity of all human life.

Oorspronkelijke titel: Exploring “Do Not Resuscitate” (DNR) Decisions with Hope 16 April 2025

Vertaling: Gerard Feller

**NOTES**

1. “Orders Not to Attempt Resuscitation (DNAR),” AMA Code of Medical Ethics, AMA Principles of Medical Ethics: I, IV, VIII,accessed April 14, 2025,https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/orders-not-attempt-resuscitation-dnar#.
2. David J. Casarett, Carol B. Stocking, and Mark Siegler, “Would Physicians Override a Do-Not-Resuscitate Order When a Cardiac Arrest Is Iatrogenic?,” *Journal of General Internal Medicine* 14 (1999), https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC1496446/pdf/jgi\_278.pdf.
3. Ghania Haddad, Timmy Li, Danielle Turrin et al., “A Descriptive Analysis of Obstacles to Fulfilling the End of Life Care Goals Among Cardiac Arrest Patients,” *Resuscitation Plus* 8 (2021), https://doi.org/10.1016/j.resplu.2021.100160.
4. O. Carter Snead, *What It Means to Be Human: The Case for the Body in Public Bioethics* (Harvard University Press, 2020), 236.
5. Press Release, “Patients Overestimate the Success of CPR,” BMJ Group, July 13, 2020, https://bmjgroup.com/patients-overestimate-the-success-of-cpr/.
6. Kate Raphael, “Doctors Saved Her Life. She Didn’t Want Them To.,” The New York Times, August 26, 2024, https://www.nytimes.com/2024/08/26/well/patients-dnr-orders-ignored.html.
7. *Ethical and Religious Directives for Catholic Health Care Services,* Sixth Edition, United States Conference of Catholic Bishops, June 2018, 21, https://www.usccb.org/resources/ethical-religious-directives-catholic-health-service-sixth-edition-2016-06\_0.pdf.
8. Pope John Paul II, *Evangelium Vitae*, March 25, 1995, https://www.vatican.va/content/john-paul-ii/en/encyclicals/documents/hf\_jp-ii\_enc\_25031995\_evangelium-vitae.html.
9. Holland Kaplan, “Code Blues: When Is CPR Not Useful?,” Baylor College of Medicine, February 22, 2019, https://blogs.bcm.edu/2019/02/22/code-blues-when-is-cpr-not-useful/.
10. Jaclyn Portanova, Krystle Irvine, Jae Yoon Yi, Susan Enguidanos, “It Isn’t Like This on TV: Revisiting CPR Survival Rates Depicted on Popular TV Shows,” *Resuscitation* 96 (2015): 148–50, Pub Med, August 2015, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26296584/.
11. Clayton Dalton,**“**For Many, a ‘Natural Death’ May Be Preferable to Enduring CPR,” NPR, May 29, 2023, https://www.npr.org/sections/health-shots/2023/05/29/1177914622/a-natural-death-may-be-preferable-for-many-than-enduring-cpr.
12. Peter A. Meaney, Bentley J. Bobrow, Mary E. Mancini et al., “Cardiopulmonary Resuscitation Quality: Improving Cardiac Resuscitation Outcomes Both Inside and Outside the Hospital,” AHA Consensus Statement, *Circulation* 128 (2013): 417–435, AHA Journals 2013, https://www.ahajournals.org/doi/pdf/10.1161/CIR.0b013e31829d8654.
13. “Video Affects End-of-Life Decisions,” Harvard Medical School, December 10, 2012, https://hms.harvard.edu/news/video-affects-end-life-decisions.
14. Patrick Druwé, Koenraad G. Monsieurs, James Gagg et al., “Impact of Perceived Inappropriate Cardiopulmonary Resuscitation on Emergency Clinicians’ Intention to Leave the Job: Results from a Cross-Sectional Survey in 288 Centres Across 24 Countries,” *Resuscitation* 158 (2021): 41–48, Science Direct, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0300957220305645.
15. Ken Murray, “Death with Dignity: How Doctors Die,” UTNE Reader, April 12, 2012, https://www.utne.com/mind-and-body/death-with-dignity-zm0z12mjzros/.
16. Raphael, “Doctors Saved Her Life.”
17. Kaplan, “Code Blues: When Is CPR not useful?”
18. Casarett, Stocking, and Siegler, “Would Physicians Override a Do-Not-Resuscitate Order When a Cardiac Arrest Is Iatrogenic?”
19. Raphael, “Doctors Saved Her Life.”
20. Haddad et al., “A Descriptive Analysis of Obstacles to Fulfilling the End of Life Care Goals Among Cardiac Arrest Patients.”
21. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*, 497 U.S. 261 (1990), Library of Congress, https://tile.loc.gov/storage-services/service/ll/usrep/usrep497/usrep497261/usrep497261.pdf.
22. Snead, *What It Means to Be Human*, 236.
23. *Cruzan v. Director, Missouri Department of Health*.
24. Meaney et al., “Cardiopulmonary Resuscitation Quality.”
25. “CPR Facts & Statistics,” American Red Cross, March 27, 2025, https://www.redcross.org/take-a-class/resources/articles/cpr-facts-and-statistics#.
26. Dalton,**“**For Many, a ‘Natural Death’ May Be Preferable to Enduring CPR .”
27. Farr Curlin and Chrsitopher Tollefsen, *The Way of Medicine: Ethics and the Healing Profession* (University of Notre Dame Press, 2021).
28. Snead, *What It Means to Be Human*, 68.
29. Pope John Paul II, *Evangelium Vitae.*
30. *Cinderella*, directed by Kenneth Branagh, screenplay by Chris Weitz, based on the fairy tale written by Charles Perrault (Walt Disney Studios, 2015).
31. Bible quotations are from the NIV.