

# DE CRITERIA DIE KINDEREN GEBRUIKEN OM EEN ANTWOORD TE GEVEN OP DE VRAAG ONDER WELKE OMSTANDIGHEDEN HET IN EEN MEDISCHE SITUATIE TOEDIENEN VAN DRUGS MET DE DOOD TOT GEVOLG AANVAARDBAAR IS

*Evy François<sup>1</sup>*

*SUMMARY – The criteria children use to answer the question under which circumstances the administration of drugs resulting in death in a clinical situation is acceptable – Adults often use criteria as terminality, informed consent, unbearable pain, degrading circumstances, competence,... to answer the question under which circumstances the administration of drugs resulting in death in clinical situations is acceptable. Do children also use these criteria? This is an interesting question in connection with the issue of children's rights. If children do use the same criteria as adults, it is an important indication that the way of thinking about end of life decisions of adults and children is quite similar and that there is no deep gap in the understanding of and insight in these matters between adults and children. This knowledge can eventually lead to a more open attitude towards children and their possible potential to communicate seriously about these matters.*

## **Inleiding**

Onder welke omstandigheden is het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg -waaronder euthanasie- aanvaardbaar? Sommigen menen dat dit onder geen enkele omstandigheid aanvaardbaar is, anderen menen dat dit onder bepaalde voorwaarden wel kan. Zij hanteren een aantal criteria bij het beantwoorden van deze vraag. (zie bijvoorbeeld Alderson, 1994; Appelbaum & Grisso, 1988; Buchanan & Brock, 1989; Gert, Culver & Clouser, 1997; Rushforth, 1999). Deze criteria zijn terminaliteit [de zekerheid binnen een afzienbare periode te zullen sterven aan de gevolgen van een ongeneeslijke ziekte], geïnformeerde toestemming [op basis van adequate informatie en vrijwilligheid instemmen met een bepaalde procedure], ondraaglijke pijn, menonwaardigheid [kan verschillen van individu tot individu], competentie [een aantal psychologische vaardigheden zoals het begrijpen, inzien en appreciëren van informatie, redeneren over en met de informatie op rationele wijze, keuzes communiceren, het hebben van een min of meer consistent geheel van waarden], zorgvuldigheidsmaatregelen [de behandelende arts moet een 2<sup>de</sup> arts raadplegen, het verzoek van de patiënt moet schriftelijk worden vastgelegd].

Waar ik in dit artikel een antwoord op zal trachten te formuleren is de vraag of kinderen ook deze criteria hanteren bij een antwoord op de vraag onder welke omstandigheden

<sup>1</sup> De auteur is licentiaat in de wijsbegeerte.

het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg aanvaardbaar is.

Dit is een interessante vraag in het kader van de kinderrechtenproblematiek. Als blijkt dat kinderen dezelfde criteria als volwassenen hanteren, is dit een belangrijke aanwijzing dat de denkwijze van kinderen en volwassenen op het vlak van de problematiek van levensbeëindiging dicht bij elkaar ligt en dat er hier dus geen diepe kloof bestaat tussen kinderen en volwassenen. Hoewel het hier gaat om de inhoud van het redeneren en niet om het redeneren zelf, geeft de inhoud volgens mij toch een indicatie van het niveau van begrip en inzicht van volwassenen en kinderen in deze problematiek. Komen de criteria bij volwassenen en kinderen overeen – komt de inhoud dus overeen – dan volgt daaruit dat ook het niveau van begrip en inzicht in de problematiek in belangrijke mate overeen komt. Dit kan dan een aanleiding zijn voor een andere houding tegenover kinderen: een houding die blijkt geeft van meer luisterbereidheid tegenover kinderen en de wil om hun eventueel potentieel om over deze zaken ernstig te communiceren te erkennen. Dit kan dan een stap zijn in de richting van meer inspraak voor kinderen wanneer zij zelf geconfronteerd worden met hun levenseinde, net zoals deze inspraak een recht is van volwassenen.

## 1. Onderzoekssetting

De onderzoekspopulatie bestaat uit 3 groepen gezonde kinderen waarvan 2 uit een lagere school en 1 uit een middelbare school [Gent, Vlaanderen, België]:

De eerste groep zijn 20 leerlingen van 8 à 9 jaar van de 4<sup>de</sup> leefgroep uit een lagere Freinetschool (groep 1). De tweede groep zijn 16 leerlingen van 10 à 11 jaar van de 5<sup>de</sup> leefgroep uit dezelfde school (groep 2). De derde groep zijn 11 leerlingen van 13 à 14 jaar van het 2<sup>de</sup> SO uit een secundaire Freinetschool (groep 3).

De keuze van de groepen is gebeurd door de leerkrachten van de betreffende scholen.

Het onderzoek is gebeurd in de periode februari-april 2000.

De keuze voor Freinetscholen wordt gerechtvaardigd door het feit dat de leerlingen vertrouwd zijn met de methode van het filosoferen met kinderen, de methode die wij voor onze analyse hebben gebruikt. (Anthone & Mortier, 1997; Cam, 1995; Lipman, 1988)

## 2. Methode

We hanteren de methode van het filosoferen met kinderen. Dit houdt in dat een gespreksleider op niet-directieve wijze in een kringgesprek met een groep kinderen een thema, een vraag, ... bespreekt. De gespreksleider brengt in principe geen inhoudelijke bijdrage aan het gesprek maar houdt door middel van *standard prompts* het gesprek op gang.

In elke groep werd een vijftigtal minuten gediscussieerd omtrent een case over een kind door wie of voor wie een beslissing werd genomen omtrent zijn/haar levenseinde. Zo zijn drie cases behandeld.

Case 1 handelt over een veertienjarige jongen die lijdt aan terminale botkanker en die zijn vader verzoekt om een dodelijke spuit. Case 2 handelt over een vijfjarig meisje dat lijdt aan een terminale hersentumor en waar de moeder en arts vrezen dat ze zal sterven

aan een ademhalingsstilstand, wat een pijnlijke en langdurige wijze van sterven is. Daarom beslissen de moeder en arts zonder het meisje in te lichten haar een dodelijke dosis toe te dienen wanneer deze ademhalingsstilstand zich voordoet. Case 3 handelt over een pasgeboren baby die in een coma geraakt, mentaal geen kans meer heeft op een toekomst en waar de ouders en arts beslissen hem te laten inslapen met een dodelijke dosis morfine.

De gesprekken zijn opgenomen zodat ze later konden worden geanalyseerd.

Voor de doelstellingen van het oorspronkelijk onderzoek dat peilde naar de psychologische competentie van kinderen in vergelijking met deze van volwassenen werd de methode aangepast in volgende richting: een inhoudelijke bijdrage bestond uit het geven van medische informatie waar nodig aangezien de cases vrij veel medische informatie bevatten. Verder werden soms directieve vragen gesteld aan de hand van vooraf opgestelde check-lists om na te gaan in hoeverre de deelnemende kinderen aan de hierboven genoemde competentiecriteria voldeden. De check-lists concentreerden zich dus op hun cognitieve vaardigheden, op de wijze waarop ze hun mening *vorm* gaven. Tijdens de analyse van de gesprekken werd echter duidelijk dat de kinderen ook uitgesproken *inhoudelijke* bijdragen leverden omtrent de problematiek die in de cases aan bod komt, zodat ook op dit vlak een vergelijking kon worden gemaakt.

De gerapporteerde resultaten (*infra*) zijn dus bekomen door een secundaire analyse van de data bekomen uit het eerste onderzoek. Zij zijn het resultaat van een inhoudelijke analyse van de transcriptie van de gesprekken. In de transcriptie van de gesprekken werd gezocht naar alle criteria die de kinderen aanhaalden voor het toelaten van het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg. Deze criteria zijn vervolgens gegroepeerd per thema [wet, pijn, terminaliteit, onmogelijkheid van geestelijke groei, zelf beslissen, actief < > passief doden, menswaardigheid]. Er is telkens gekozen voor het gebruik van citaten uit de gesprekken omdat deze het best weergeven wat de kinderen bedoelen. Bij de citaten is ook steeds vermeld over welke case het gaat [C 1, 2 of 3] en over welke groep leerlingen het gaat [groep 1=4<sup>de</sup> leefgroep, groep 2=5<sup>de</sup> leefgroep, groep 3=2<sup>de</sup> SO].

### 3. Onderzoeksresultaten

#### 3.1. *De wet*

*"Ik vind eigenlijk niet dat zijn vader daar mag op ingaan want eigenlijk is dat tegen de wet."*  
(C 1, groep 1)

Het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg mag niet omdat het tegen de wet is.

#### 3.2. *Pijn*

*"Maar als dat niet mag, zo'n stille dood, moet die dokter dat meisje dan laten lijden, of zo?"*  
(C 2, groep 2)

*"... want als die jongen 'k weet niet hoeveel pijn heeft en 't leven niet meer ziet zitten dan is 't leven ook niet meer leuk." (C 1, groep 1)*

*"Je gaat zeker dood, maar het kan zijn dat je nog drie, vier maand langer blijft leven."*

*"Dan heb je wel pijn, hé!" (C 1, groep 1)*

*"Hier is 't eigenlijk wel beter dat ze het toepassen want anders zou ze acht uur in haar bed liggen stikken. Ze gaat toch dood binnen een paar uur, dan is het beter dat ze direct dood is." (C 2, groep 2)*

*"Als hij toch zoveel lijdt en als hij toch niets meer kan doen dan kan hij eigenlijk geen leven meer voortzetten." (C 1, groep 2)*

Na verder vragen, vinden ze criteria waaronder dit volgens hen zou mogen. Pijn is een zeer belangrijk criterium. Pijn is zo belangrijk dat de meerderheid vindt dat het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg mag, zelfs al kan je nog wat langer blijven leven.

### **3.3. Terminaliteit, zeker weten dat je binnen afzienbare tijd zal sterven**

*"Als je niet meer kan genezen worden en stel je voor dat je niets meer kan doen, dan mag je wel doodgaan, maar als je nog kan genezen worden, vind ik niet dat dat mag." (C 1, groep 3)*

*"Hij mag dat wel doen want ze gaat toch dood." (C 2, groep 2)*

*"Ze was toch al aan het lijden als ze dat hebben gedaan. Ik vind dat het beter is dat ze dat hebben gedaan want ze ging toch sterven, ze wisten het 100% zeker." (C 2, groep 3)*

Zekerheid dat je zal sterven is belangrijk. Samen met lijden en niets meer kunnen doen is dit noodzakelijk om het toedienen van een dodelijke dosis toe te staan.

### **3.4. Onmogelijkheid van geestelijke groei**

Dit komt enkel in case 3 aan bod.

*"Ik vind het wel een goed idee als zo'n klein baby'tje zoiets heeft, anders zal zijn toekomst ook om zeep zijn." (C 3, groep 1)*

*"Ik vind het wel logisch als de toestand niet te veranderen is." (C 3, groep 2)*

*"Euthanasie is zo vreselijk erg eigenlijk, maar hij kan niets zeggen, hij weet niet eens dat zijn ouders voor hem staan. Hij weet niet eens dat hij leeft, waarom zouden ze hem daar dan laten liggen?" (C 3, groep 2)*

*"Wel, zoals Oriana zegt, als ze niet lijdt, zou ze willen blijven leven. Maar ik denk dat de kans dat je niet lijdt erg klein is als ze je laten leven." (C 3, groep 1)*

Voor allen, behalve een enkeling, is dit criterium voldoende om iemand te laten inslapen. Ze vinden het zelfs zo erg dat dit opweegt tegen het feit dat de persoon in kwestie niet terminaal ziek was en dus niet met zekerheid zou sterven. Ze maken dus het verschil tussen terminaliteit en deze situatie: onmogelijkheid van geestelijke groei is een voldoende criterium, terminaliteit enkel als het samen gaat met lijden of niets meer kunnen doen, zoals blijkt uit 3.3. en uit het geheel van de gesprekken. Dat deze situatie voor hen voldoende erg is, blijkt uit het feit dat er leerlingen zijn die dit een voldoende criterium vinden; zelfs al zijn ze principieel tegen euthanasie. Er moet hier wel bemerkt worden dat de leerlingen van groep 1 menen dat de baby ook lijdt en dat ze dit dus ook aanhalen in hun argumentatie, in samenhang met de onmogelijkheid van geestelijke groei.

### 3.5. *Zelf beslissen, er zelf om verzoeken, op basis van informatie*

*"Als hij dat per se wil, denk ik eigenlijk wel dat het mag." (C 1, groep 1)*

*"Je moet praten met je ouders en dokters zodat je beter begrijpt wat je aan het doen bent. Ik zou ook informatie vragen." (C 1, groep 1)*

*"Maar misschien is Lennart wil gek in zijn hoofd. Je kan dat nooit helemaal zeker weten. Het hangt ervan af hoe verstandig hij is." (C 1, groep 2)*

*"Hij lijdt verschrikkelijk dus vind ik eigenlijk wel dat het mag als hij het zelf vraagt." (C 1, groep 3)*

*"Ik vind wel dat je maar kan beslissen als je echt weet hoe het verder moet gaan: of je nog verder zal lijden, of er nog iets aan gedaan kan worden." (C 1, groep 3)*

*"Ik vind dat ze haar toestemming hadden moeten vragen." (C 2, groep 3)*

*"Ik denk wel dat ze dat zou begrijpen als je er een beetje tijd in steekt om het haar uit te leggen. Ik denk dat ze dan in zal zien dat het voor haar bestwil is." (C 2, groep 2)*

Er zelf om vragen, vinden ze belangrijk en ze verbinden er meteen het criterium van voldoende en juiste informatie aan: om daar zelf over te beslissen, moet je met andere mensen praten zodat je je situatie begrijpt. Er wordt trouwens de bedenking gemaakt dat je daarvoor verstandig genoeg moet zijn. Er zelf om verzoeken op zich is dus geen voldoende criterium, er zijn bepaalde voorwaarden (informatie, praten, geestelijke gezondheid, intelligentie aan verbonden). Dit blijkt tevens uit het feit dat dit in case 3, waar de persoon in kwestie nog een baby was, deze problematiek gewoonweg niet wordt aangehaald en dat ze het zeer normaal vinden dat zijn ouders daar over beslissen aangezien hij dat als baby gewoonweg niet kan.

*"Als je zegt: 'ik ga nu euthanasie doen', is dat hetzelfde als zeggen: 'Ik ga je nu dood doen'; hoe kan je dat dan uitleggen? ... Op vijf jaar zal ze dat zeker niet begrijpen." (C 2, groep 2)*

*"Ik vind dat de ouders volledig in hun recht zijn maar dat ze het haar wel hadden moeten vertellen." (C 2, groep 3)*

In verband met de problematiek van zelf beslissen, houden ze rekening met de leeftijd. Leeftijd is belangrijk omdat je te jong kan zijn om de informatie te begrijpen. In zo'n geval primeert leeftijd dus op zelf mogen beslissen. Er is echter geen volledige unanimiteit over de leeftijd waarop je kan begrijpen en beslissen en over hoeveel volwassenen kunnen/moeten vertellen aan jonge kinderen. De conclusie is dus dat zelf beslissen een belangrijk criterium is maar dat dit niet absoluut is als de leeftijd en het begripsvermogen dit niet toelaten.

### 3.6. Actief < > passief doden

*"Ik vind ook dat het mag maar ik zou het niet met een spuitje doen. Ik zou hem niet zelf vermoorden. Ik zou er gewoon voor zorgen dat hij doodgaat maar niet door mijn eigen schuld, misschien door uitputting of zo." (C 1, groep 2)*

Er is geen unanimiteit omtrent deze problematiek: sommigen vinden dat enkel passief doden mag, anderen menen dat er geen werkelijk verschil is en dat ook actief doden mag omdat het resultaat hetzelfde is: je doodt iemand.

### 3.7. Menswaardigheid

*"Ik vind een leven menswaardig als je niet veel pijn lijdt en gelukkig bent, plezier maken. Ik zou niet meer willen leven als ik niet meer naar buiten zou kunnen gaan, niet meer met mijn vrienden zou kunnen zijn." (C 1, groep 3)*

## 4. Bespreking van de onderzoeksresultaten

De groepen kinderen die mee hebben gedaan aan het onderzoek zijn niet representatief voor alle kinderen. Het zijn leerlingen uit Freinetscholen die vertrouwd zijn met de methode van 'filosoferen met kinderen' en die door het regelmatig beoefenen van deze methode over het algemeen een grotere mondigheid, een kritischer denken en een opener visie op de wereld hebben. Zij hebben er helemaal geen problemen mee om over zo'n onderwerpen te praten. (Anthone & Mortier, 1997; Cam, 1995; Lipman, 1988) Hiermee is niet beweerd dat kinderen in het klassieke basisonderwijs deze eigenschappen niet kunnen hebben maar de methode van het filosoferen met kinderen is in het klassieke onderwijs niet ingeburgerd.

Verder gaat het tevens om een zeer beperkte groep kinderen uit 2 scholen en zijn de groepen niet representatief voor alle Freinetscholen.

Tenslotte gaat het om een leeftijdsgroep van 8 tot 14 jaar en kan er dus niets worden gezegd over andere -jongere- kinderen.

Uit de inhoudelijke analyse van de gesprekken is gebleken dat de criteria die de kinderen aangeven voor de toelaatbaarheid van het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg in belangrijke mate overeenkomen met die van volwassenen die dit onder bepaalde omstandigheden aanvaardbaar vinden.

De twee belangrijkste criteria die naar voor zijn gekomen zijn vreselijk lijden en termi-

naliteit en dit meestal in combinatie van beiden. Enkel in case 3 wordt dit criterium van terminaliteit verlaten en blijkt de onmogelijkheid van geestelijke groei een voldoende criterium. Er bestaat hier echter een verschil tussen de eerste groep en de oudere groepen: de onmogelijkheid van geestelijke groei is niet het eerste argument dat door de jongste groep wordt aangehaald maar wel het feit dat de baby zou lijden. Lijden is voor hen de doorslaggevende factor om de beslissing van ouders en arts om hem te laten inslapen goed te keuren terwijl deze factor bij de oudere groepen niet ter sprake komt. Dit zou kunnen te maken hebben met leeftijd: de jongste kinderen vinden het misschien gemakkelijker zich pijn in te beelden dan de eerder abstracte, ongekende situatie van onmogelijkheid van geestelijke groei.

Naast dit verschil zijn de gelijkenissen tussen de groepen echter frappant: dezelfde criteria komen bij de drie groepen steeds terug en de meningen over aan welke criteria moet worden voldaan om het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg te aanvaarden, zijn over de algehele lijn unaniem: pijn en terminaliteit met uitzondering van de onmogelijkheid van geestelijke groei.

Voor de kinderen betekent een menswaardig leven leiden dus voornamelijk geen vreselijke pijn hebben. Groep 3 overweegt ook andere factoren zoals plezier maken en met vrienden zijn.

Deze criteria komen in belangrijke mate overeen met de criteria die ook volwassenen en ethici die zich bezighouden met dit bioethisch probleem onderschrijven. (Van den Enden, 1995) Het criterium van pijn ligt in zekere zin voor de hand en is iets waarin kinderen zich kunnen inleven omdat ook zij in de dagdagelijkse ervaring geconfronteerd worden met pijn. Dit neemt echter niet weg dat het tevens een veelbesproken criterium is wanneer in een reële situatie de vraag naar bijvoorbeeld euthanasie rijst. Dit gebeurt in vele gevallen namelijk in een situatie waarin de pijn van de patiënt niet meer op redelijke wijze kan bestreden worden zonder deze in coma te brengen of zelfs te doden.

Verder rijst de problematiek typisch in terminale situaties waarin de patiënt reeds in een ver gevorderd stadium met zijn/haar dood wordt geconfronteerd.

Dit komt in hoge mate overeen met wat de kinderen zeggen zelf te willen: ze zouden pas willen sterven als ze reeds in een ver gevorderd stadium zijn waarin ze haast niets meer kunnen doen, veel pijn lijden en zeker zijn dat ze binnen afzienbare tijd zullen sterven.

De onmogelijkheid van geestelijke groei en andere ernstige geestelijke en/of fysieke handicaps bij baby's is tevens een thema van discussie onder ethici, in de medische wereld en onder leken. (Buchanan & Brock, 1989; Van den Enden, 1995) Sommigen stellen hun veto tegen levensbeëindiging bij zulke baby's omdat zij het leven als een absolute waarde beschouwen en menen dat wij daar als mens geen einde aan mogen maken. Aan de andere kant zijn er mensen die menen dat zulke baby's geen menswaardig leven kunnen leiden en dat men ze wel mag laten inslapen. Tussen alle kinderen die meegedaan hebben aan het onderzoek was er maar 1 iemand die zich aansloot bij degenen die hun veto stellen en die het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg onder geen enkele omstandigheid aanvaardbaar vinden en voor wie geen enkel criterium dus voldoende is. De anderen sluiten zich aan bij de andere groep en menen dat zo'n baby's geen menswaardig leven kunnen hebben, hoewel ze dit niet in zulke bewoordingen stellen. Ze menen dat je geen leven kan voortzetten als je niets kan doen en het verstand hebt van een kind terwijl je het lichaam hebt van een volwassene.

De kinderen hebben het ook over zelfbeschikkingsrecht en de competentieproblematiek die daarmee samenhangt. Ze beseffen dat er andere problemen rijzen wanneer je als stervende niet zelf verzoekt om dood te gaan dan wanneer je er wel zelf om vraagt. Ze maken dus eigenlijk zelf een verschil tussen euthanasie [doden op verzoek van de patiënt] en andere medische situaties waarin een patiënt een dodelijke dosis krijgt toegediend. Omtrent euthanasie maken ze totaal geen problemen en ze vinden dat dit moet kunnen, zeker als je verstandig genoeg bent om dat te beslissen. De competentieproblematiek komt hier dus in deze bewoordingen aan bod. Bij case 3 hebben ze er tevens geen moeite mee dat de ouders en arts dat hebben beslist omdat het nog om een baby ging en omdat ze het evident vinden dat die niet zelf kan beslissen. Zelfbeschikkingsrecht is hier dus helemaal geen criterium en verliest aan belang voor een ander criterium: menswaardigheid opgevat als een zekere kans op geestelijke ontplooiing. De problemen rijzen bij case 2 waar ze zich afvragen of de moeder en arts wel goed hebben gedaan aan het feit dat ze het vijfjarig meisje niet hadden ingelicht. Er zijn namelijk kinderen die menen dat ze haar situatie wel kan begrijpen als je het uitlegt op aangepaste wijze; deze kinderen menen dus dat een vijfjarig meisje wel al een zekere graad van competentie kan hebben en ze vinden dat daaruit volgt dat ze recht heeft op informatie. Een soort geïnformeerde toestemming wordt aangehaald als criterium. Competentie, geïnformeerde toestemming en zelfbeschikkingsrecht hangen samen voor de kinderen: als een zekere graad van competentie is bereikt, moet daar ook een evenredige graad van geïnformeerde toestemming en zelfbeschikkingsrecht uit voortvloeien. Informatie krijgen vinden ze trouwens in alle gevallen belangrijk, gewoon omdat het je eigen leven betreft en je het recht hebt daarover geïnformeerd te zijn.

Waar de kinderen over discussiëren is ook terug te vinden in vakliteratuur over de competentieproblematiek. (Gert, Culver & Clouser, 1997; Buchanan & Brock, 1989; Beauchamp & Childress, 1983) Dit toont aan dat (deze) kinderen zeker dezelfde criteria aanhalen als volwassenen, maar dit in hun eigen bewoordingen.

In verband met zelfbeschikkingsrecht zijn de kinderen te vinden voor wat in de vakliteratuur het model van een gedeelde beslissingsprocedure heet. (Alderson, 1994) Ze vinden het belangrijk dat je praat met je ouders en met mensen die weten wat ze doen. Ze menen dat je eigenlijk niet zomaar helemaal zelfstandig kan beslissen of je euthanasie wenst. Ook hier buigen ze zich dus weer over een probleem dat in vakliteratuur wordt besproken.

## 5. Conclusie

De kinderen die aan het onderzoek hebben meegewerkt hanteren in belangrijke mate dezelfde criteria als volwassenen bij het formuleren van een antwoord op de vraag onder welke omstandigheden het in een medische situatie toedienen van drugs met de dood tot gevolg aanvaardbaar is. Dit is een belangrijke aanwijzing dat de wijze van denken van kinderen en volwassenen over beslissingen betreffende het levenseinde dicht bij elkaar liggen en dat er geen diepe kloof bestaat qua begrip van en inzicht in deze problematiek. Kinderen hebben dus een belangrijk potentieel om op een serieuze manier over deze zaken te reflecteren en te communiceren. In de praktijk moet dit resulteren in een meer open houding tegenover kinderen die met dergelijke situaties worden



geconfronteerd. Zo moeten kinderen ook over voldoende zelfbeschikkingsrecht kunnen beschikken wanneer het hun eigen levenseinde betreft.

## Literatuur

- ALDERSON P. (1994), 'Researching Children's Rights to Integrity' in MAYALL B. (ed.) (1994), *Children's Childhoods: Observed and Experienced*, Falmer Press, London
- ANTHONE R. & MORTIER F. (1997), *Socrates op de speelplaats. Filosoferen met kinderen in de praktijk*, Acco, Leuven
- APPELBAUM P.S. & GRISSO T. (1988), 'Special Article. Assessing Patients' Capacities to Consent to Treatment', *The New England Journal of Medicine*, 319, 25, 1635-1638
- BEAUCHAMP T. & CHILDRESS J.F. (1983), *Principles of Biomedical Ethics*, 2de uitgave, New York University Press, New York
- BUCHANAN A.E. & BROCK D.W. (1989), *Deciding for Others. The Ethics of Surrogate Decision Making*, Cambridge University Press, Cambridge
- CAM P. (1995), *Thinking Together. Philosophical Inquiry for The Classroom*, Hale and Iremonger, Sydney
- GERT B.; CULVER C.M. & CLOUSER D.K. (1997), *Bioethics: A Return to Fundamentals*, Oxford University Press, New York
- LIPMAN M. (1988), *Philosophy Goes to School*, Temple University Press, Philadelphia
- RUSHFORTH H. (1999), 'Practitioner's Review: Communicating with Hospitalised Children: Review and Application of Research Pertaining to Children's Understanding of Health and Illness', *Child Psychology and Psychiatry*, 5, 638-691
- STRUYF A. & CELIE L. (1999), *Het kleine sterven*, 7<sup>de</sup> uitgave, Halewyck, Leuven
- VAN DEN ENDEN H. (1995), *Ons levenseinde humaniseren. Over waardig sterven en euthanasie*, VUBPRESS, Brussel