De zelfmoordpil van Borst: niets nieuws onder de zon

Katholiek Nieuwsblad, 27 april 2001
door dr. F.J. van Ittersum

KatholiekNieuwsblad

De euthanasiewet was nog maar net door de Eerste Kamer geloodst of mevrouw Borst gooide in de media al een balletje op over een zelfmoordpil voor levensmoede bejaarden. Verbaasd en ontdaan vroeg CDA-fractievoorzitter De Hoop Scheffer zich af of Nederland nu op een hellend vlek terechtgekomen was. Is de uitspraak van mevrouw Borst echt nieuw of is het een logisch gevolg van haar ethische opvattingen en zijn deze opvattingen nu echt zo schadelijk voor christenen?

Ethisch stelsel
Dat mevrouw Borst er zo weinig gras over zou hebben laten groeien had ik van tevoren misschien niet willen bevroeden; dat er nieuwe voorstellen gespeend van beschermwaardigheid van het menselijk leven uit haar richting zouden volgen had ik hoe dan ook verwacht. De sleutel tot deze verwachting ligt in het doorgronden van het ethische stelsel dat de minister aanhangt en in toenemende mate voet aan de grond krijgt in de Nederlandse samenleving. Omdat 'ethiek' voor velen een nogal magische en ondoorgrondelijke betekenis heeft, wil ik hierbij als eerste stil staan.

Totaal van normen
Voor het leven van alledag betekent 'ethiek' niet veel anders dan het bekijken of bepaalde zaken moreel goed of slecht zijn. Dergelijke beoordelingen zullen bij ons veelal intuïtief tot stand komen, meestal omdat wij eerder voor een zelfde of vergelijkbare keuze hebben gestaan. Bij bestudering van dergelijke beslissingen door onderzoekers die wetenschappelijke ethiek beoefenen, blijkt dat verschillende morele beslissingen van personen of groepen vaak samenhang vertonen en terug te voeren zijn op een algemener (vaak abstract) uitgangspunt. Voorbeelden van deze uitgangspunten zijn dat iets goed is wanneer het 'geluk van het individu bevordert' of 'beantwoordt aan de wil van God'. Het totaal van normen dat van zo'n uitgangspunt is afgeleid, noemt men een ethisch stelsel. Verschillende ethische stelsels blijken op hun beurt ook overeenkomsten te bevatten: vrijwel alle stelsels leggen nadruk op het nastreven van zaken als 'weldoen, niet-schaden, autonomie van individuen en rechtvaardigheid'.

Autonomie
In onze huidige samenleving komt steeds nadrukkelijker de 'autonomie van het individu' als basis van ethische stelsels naar voren. Volgens aanhangers van dit principe is iets moreel goed wanneer het desbetreffende individu 'er zelf voor gekozen heeft en het zelf goed vindt'. Eerbied voor het leven speelt in dit ethische stelsel geen rol: mocht het desbetreffende individu daar zelf nog gevoelens bij hebben, dan moet deze persoon daar bij de eigen beslissing maar rekening mee houden. Het enige waarnaar binnen dit stelsel, al dan niet om praktische redenen, nog naar gekeken wordt, is eventuele schade aan anderen.

Absoluut respect
Hoe schraal steekt dit alles af bij een christelijk ethisch stelsel. De mens die God kent als universele Bron van het goede, zal zijn handelen willen baseren op Hem. Binnen een dergelijk ethisch stelsel zullen zaken als weldoen, het laten plaatsvinden van goede dingen, het nastreven van deugden een prominente plaats innemen. Daarnaast zal het doorgronden van de vele oproepen in de Bijbel tot respect voor het menselijke (door God geschapen) leven tot absoluut respect voor het leven leiden. In dit stelsel gaat het dan ook niet om het 'kille' respecteren van de wil of beter noodkreten van mensen die niet meer op eigen kracht verder kunnen, maar om het 'warme', 'meeleven' en 'meelijden' met stervenden en bejaarden om zo hun lijden weer draaglijk te maken en hun leven, hoe beperkt of verminkt ook, weer zin te geven.

Voorspelbaar
Mevrouw Borst en haar politieke en wetenschappelijke medestanders, waaronder ethicus prof. dr. H.M. Dupuis, zijn al jaren voorvechters van het ethische model waarin verregaande individualisering en dus zelfbeschikking centraal staan. Hun ideologie dat iets goed is, 'wanneer een individu zijn beslissing zelf goed vindt', heeft recent geleid tot het legaliseren van euthanasie. De zelfmoordpil is een andere uiting van het streven naar ultieme zelfbeschikking. Ook CDA'ers als De Hoop Scheffer en oud-minister Hirsch Ballin konden destijds doorgronden, dat de uitgangspunten van hun politieke vrienden, de geestverwanten van mevrouw Borst, zo gericht zijn op zelfbeschikking dat hun voorstellen niet zouden ophouden, wanneer euthanasie in het allerlaatste deel van de stervensfase mogelijk zou zijn gemaakt. De huidige verbazing van De Hoop Scheffer lijkt mij dus naïef of gespeeld.

Ernstige gevolgen
Ten slotte dringt zich de vraag op of christenen nu veel last van dergelijke nieuwe wetten en regelingen zullen hebben. Voorstanders van de wet hebben al naar voren gebracht dat het niet verplicht is vóór euthanasie te kiezen en dat iedereen zelf kan beslissen zonder euthanasie dood te gaan. Natuurlijk, het gevaar schuilt ook niet in expliciete verplichtingen, maar veel meer in de gevolgen op de impliciete meningsvorming in de maatschappij. Ook nu zijn er min of meer collectieve opvattingen in de maatschappij over zaken als hoeveel kinderen een 'normaal' gezin heeft ('twee tot drie') of wat te doen bij een zwangerschap van een kind met een handicap ('weghalen'). Daar zullen ongetwijfeld opvattingen over uitzichtloos lijden en leven met lichamelijke of geestelijke beperkingen bijkomen. Oproeien tegen de stroom en het incasseren van commentaar is een lastig maar overkomelijk gevolg van deze opinies; het inperken of afschaffen van bijvoorbeeld bejaardenzorg of intensieve zorg voor stervenden door overheden of ziektekostenverzekeraars zouden veel ernstigere gevolgen van dergelijke 'collectieve meningen' kunnen zijn. Verder is het een reëel gevaar dat werkers in de gezondheidszorg in tijden van overschot moeilijker aan een baan zullen kunnen komen, wanneer zij niet willen meewerken aan levensbeëindigende handelingen.

De uitlatingen van mevrouw Borst zijn, hoe voor de hand liggend ook, wel een pijnlijk teken hoe intensief er gewerkt wordt om verregaande zelfbeschikking het fundament van onze maatschappij te laten zijn. In mijn ogen zou het een oproep aan christenen moeten zijn te getuigen dat God ons veel meer te bieden heeft: een ethiek waarin volmaakt, door God gegeven, geluk gestalte kan krijgen door onder anderen goed doen aan elkaar, betrokkenheid op elkaar en onvoorwaardelijk respect voor het mysterie van het leven.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

De morele grenzen van DNA-manipulatie

Katholiek Nieuwsblad, 25 augustus 2000
door mgr. dr. W.J. Eijk

KatholiekNieuwsblad

Gentherapie is volgens mgr. Eijk een echte dienst aan de zieke. Maar genetische manipulatie om een gezonde mens perfect te maken is een stap te ver.

Het menselijk-genoom-project werd recent afgerond. Nu is het menselijk DNA, althans tot op zekere hoogte, ontrafeld. Het bereiken van deze mijlpaal wekt verwachtingen: komt gentherapie nu binnen handbereik? Daarnaast zijn er ook zorgen. Hoe meer we weten van het DNA, hoe meer het moment nadert dat we het DNA kunnen veranderen. Zou het daardoor niet mogelijk worden mensen te ontwerpen naar eigen smaak, met

bijzondere talenten op intellectueel, muzikaal of sportief gebied? Op dit moment lijkt dat nog verre toekomstmuziek.

Lichaam en geest
Ondenkbaar is het echter niet dat men eens het DNA gaat manipuleren. De manipulatie van het menselijk lichaam vindt nu al veelvuldig plaats, op andere manieren. In de topsport komt het gebruik van doping frequent voor, waardoor de spieren sterker worden en het zuurstof transporterend vermogen van het bloed toeneemt. Met behulp van plastische chirurgie kan het uiterlijk worden aangepast aan persoonlijke wensen, ook wanneer van een objectief defect geen sprake is. Fysieke schoonheid kan letterlijk worden gekocht, zoals de titel van een Duits televisieprogramma uit augustus 1998 Gekaufte Schönheit suggereert.

Ook het menselijk bewustzijn kan worden gemanipuleerd, bijvoorbeeld door toediening van drugs of geneesmiddelen die in de psychiatrie worden gebruikt. Chips die in de hersenen kunnen worden geïmplanteerd en waarmee nu wordt ge-ëxperimenteerd om het gehoor respectievelijk het gezichtsvermogen bij doven en blinden te herstellen, zullen over een jaar of tien misschien de rechtstreekse snelle uitwisseling van informatie tussen individuen, bijvoorbeeld militairen, mogelijk maken.

Gentherapie voor zieken
De eeuwen door zijn mensen met hun lichaam op een of andere manier ontevreden geweest. In onze tijd krijgt die ontevredenheid een extra accent doordat velen als gevolg van de hoge eisen die de maatschappij stelt, onder minderwaardigheidsgevoelens gebukt gaan. Of wij willen of niet, aan onze activiteiten worden door het lichaam grenzen gesteld. Na inspanning raken we vermoeid. De lichaamsfuncties kunnen door ziekte en ouderdom ontregeld raken. Bovendien worden biologische driften, zoals hongergevoel, behoefte aan slaap en seksuele impulsen, vaak als dwang en een beperking van de menselijke vrijheid beschouwd. Het lichaam wordt daardoor niet zelden als een last ervaren. Dit leidt ertoe dat mensen de eigenschappen van hun lichaam naar hun hand proberen te zetten ofwel te manipuleren (‘manus’ is het Latijnse woord voor ‘hand’).

Het oorspronkelijke Griekse woord ’therapeia’ betekent in eerste instantie ‘dienst’. In overdrachtelijke zin kreeg het de betekenis van verzorging, medische behandeling en genezing. Als het door toepassing van DNA-technieken in lichaamscellen mogelijk is zieke genen te vervangen, uit te schakelen of te herstellen met aanvaardbare risico’s, dan is daar niets tegen. Gentherapie is een echte ‘dienst’ aan de zieke. Zij heeft de heling van de mens en daardoor de mens als zodanig tot doel. Moeilijker ligt dat bij gentherapie in bevruchte eicellen die momenteel zonder reageerbuisbevruchting onmogelijk lijkt en te riskant is.

Genmanipulatie voor gezonden
Manipuleren betekent in de meest letterlijke zin ‘naar je hand zetten’. Genetische manipulatie is daarom geen dienst aan de mens. Het DNA en daarmee het lichaam worden gebruikt om bepaalde gewenste eigenschappen te ‘creëren’ bij overigens gezonde mensen. Hiertoe dient het lichaam als middel en daarmee ook de mens zelf, want het lichaam hoort essentieel bij de mens. Niet alleen in zijn geest, maar ook in zijn lichaam is hij naar Gods beeld en gelijkenis geschapen. God zelf en wat Hij naar zijn beeld heeft geschapen kunnen geen object van menselijke willekeur zijn.

Bovendien stelt zich de vraag of de risico’s niet te hoog zijn, zeker als men bedenkt dat het bij genetische manipulatie in principe om gezonde mensen gaat. Gezien de milieuproblematiek als gevolg van ons technisch ingrijpen in de natuur zouden we ons met recht en reden de vraag kunnen stellen of we wel voldoende wijsheid in huis hebben om onze ‘eigen evolutie’ ter hand te nemen. We moeten beseffen dat we niet God zelf zijn, maar slechts zijn beeld en gelijkenis.

Het is een illusie te denken dat de mens door genetische manipulatie ooit tot hogere perfectie kan worden

gebracht. Dat kan hij alleen door zich te laten verenigen met Jezus Christus en Hem na te volgen. Zo zal hij ten volle worden, wat hij feitelijk is: beeld van God. Dit is nooit het resultaat van menselijke manipulatie, maar een gave.

Mgr.dr W.J. Eijk is bisschop van Groningen en als arts-theoloog deskundig op het gebied van de medische ethiek.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Ethische aspecten van palliatieve zorg

Pro Vita Humana 2000 (7) nr. 3, p. 72-76
door drs. Frans J. van Ittersum, internist-nefroloog in het Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit Amsterdam

1. Kenmerken van de hedendaagse westerse cultuur en het hedendaagse denken
Historische ontwikkelingen in de Westerse cultuur
De ontwikkelingen in de Westerse cultuur sinds de late Middeleeuwen zijn te interpreteren als drie scheidingsprocessen: (1)

A. De scheiding tussen geloven en weten
Tot in de late Middeleeuwen was men van mening dat de door God geschapen wereld alleen te doorgronden zou zijn vanuit het geloof in deze ene Schepper. Aan het einde van de Middeleeuwen ontstond het idee dat het geloof een kwestie van genade is en niets met weten te maken heeft en zou moeten hebben. Enerzijds werd hierdoor de wetenschap onafhankelijk en niet meer bevoogd door het geloof; anderzijds kon het geloof als morele of behoedzame kracht geen rol meer spelen in de wetenschap. De wetenschap werd min of meer autonoom en toetst ook heden ten dage nieuwe ontwikkelingen eerder pas achteraf dan vooraf op morele toelaatbaarheid.

B. De scheiding tussen individu en gemeenschap
De eerste tekenen van deze scheiding werden zichtbaar aan het begin van de Renaissance. Het “Ik“ begon een meer centrale plaats in te nemen, hetgeen zich onder andere uitte in een meer individuele relatie tot God, zoals die teruggevonden wordt in de Reformatie. De Verlichting benadrukte het individuele denken van iedere mens en wekte daarmee het vertrouwen in zelfbeschikking. Ook raakte men in toenemende mate de mening toegedaan dat individuën zelf in staat zijn te bepalen wat goed en kwaad in hun leven is. Zo verengde de verhouding tussen individu en gemeenschap zich vanaf de 18e eeuw tot een instrumentele: mensen sloten en sluiten een contract met elkaar af over de inrichting van de samenleving met als enig doel hier individueel voordeel van te hebben. (2) In onze tijd zijn de WGBO en het gebruik van de termen “produkt” en “cliënt” voorbeelden van deze manier van contractdenken. Als gevolg hiervan is er ook een gebrek aan taal ontstaan om over deze onderwerpen in het gemenschappelijke domein te kunnen spreken. Het gemeenschappelijke domein wordt in onze tijd hoofdzakelijk beheerst door de economie: deze regelt de onderlinge verhoudingen tussen mensen zodat in het privé-domein mensen het “goed” kunnen hebben. Het is derhalve niet verwonderlijk dat een discussie over ethische problemen in het gemeenschappelijke domein snel gevoerd zal worden in economische termen: die taal is wel voor iedereen begrijpelijk. (3)

C. De scheiding tussen natuur en geschiedenis
Het betreft hier de scheiding tussen het onafhankelijk van de mens bestaande en het door de mens gemaakte,

waarbij de mens zich toenemend op het laatste richt. Een duidelijke verklaring hiervoor ligt in de opkomst van het Cartesiaanse denken in de Verlichting, dat toenemend leidde tot een materialistische werkelijkheidsvisie (het verklaren van de werkelijkheid in termen van lengte, breedte, hoogte en tijd). Deze werkelijkheidsvisie heeft de mensheid ontegenzeglijk veel technologische vooruitgang gebracht. Dit succes leidde er onder andere toe dat men dit denkkader als allesomvattend ging beschouwen en ook niet geheel materialistische objecten (zoals menselijk leven) op een technische manier probeerde en probeert te benaderen. Deze vertechnisering van het denken werkt tweeledig uit: allereerst probeert men het object op een technische manier te verklaren, vervolgens probeert men de werkelijkheid zo in te richten dat het object op een technische manier beheersbaar wordt. Bij het ontstaan van leven is men aardig op weg: geboorteplanning, pre-impantatiediagnostiek, in-vitro-fertilisatie, pre-natale diagnostiek, abortus en alle vervolgen hierop zullen ertoe leiden dat nog weinig aan de natuur behoeft te worden overgelaten. Het zelf in de hand hebben van het lijden en sterven is eveneens een uiterste consequentie van deze ontwikkeling.
In het zo ontstane materialistische denkkader zijn zaken als God en bezieling niet te begrijpen. Ze worden als gevolg hiervan simpelweg ontkend of zijn zo vaag geworden en daardoor ontkracht, dat ze in discussies niet of nauwelijks een rol kunnen spelen. Het niet aflatende technologische succes van dit denkkader maakt verder, dat er ook geen aanleiding meer is om zich te realiseren dat het denkkader beperkt is en daardoor niet de gehele werkelijkheid kan overzien. Een ander probleem is de omgang met de dood. De materialistische levensvisie kan de dood als einde van het leven al niet goed bevatten en als overgang naar een andere, niet zichtbare werkelijkheid al helemaal niet. Dit heeft ertoe geleid dat vanuit de angst voor de dood er aanvankelijk een zeer sterke waardering voor het leven is ontstaan, waarin alles in het werk gesteld moest worden om het leven te behouden.

Zin van het leven
Het zoeken naar een zin in het leven wordt gezien als inherent aan de mens zelf. De vraag naar zin komt veelal pas naar boven in situaties die men als zinloos ervaart, zoals ziekte, dood, verlies, verveling of angst. Christenen zien als definitieve zin van hun leven het “zijn als God” of het “zijn bij God”. Niet-Christenen ervaren nog regelmatig een zin die duidelijke Christelijke wortels heeft, zoals het “streven naar een rechtvaardige samenleving”. Minder plezieringe ervaringen, zoals lijden en pijn, kunnen in deze visies met een verder reikend doel, een richting, een plaats krijgen, omdat het uiteindelijke geluk van de mens niet in het individuele aardse leven ligt, maar in een leven na de dood of in de genoemde verbetering van de maatschappij.

In onze tijd heeft echter de materialistische werkelijkheidsvisie het zicht op een leven na de dood uitgebannen. In deze visie moet de zin van het leven dan ook gezocht worden in het aardse leven, c.q. in de mens, zelf. Het zoveel mogelijk genieten wordt dan als zin aangemerkt. Het leven zou idealiter een aaneenschakeling van zoveel mogelijk plezierige momenten moeten zijn. Vormen van lijden zoals ziekte, pijn, niet-in-staat-zijn-tot en dood kunnen in deze visie alleen als negatief ervaren worden, omdat ze de mogelijkheid tot het hebben van plezierige momenten bedreigen of zelfs geheel aantasten.

Mensbeeld
Een ander element dat in het denken een rol speelt is de invulling van het mensbeeld. In het vigerende mensbeeld neemt het lichaam, mogelijk ten gevolge van het materialistische denken, een centrale zo niet allesomvattende rol in. Perfectie van het lichaam en dus ook gezondheid en afwezigheid van lijden worden hierin als het hoogste goed ervaren. De vertechnisering versterkt dit beeld en suggereert dat perfectie ook nog maakbaar is, (4) onder andere af te meten aan het feit dat cosmetische operaties, zoals facelifts en borstvergrotingen, en het voorkómen van geboortes van minder perfecte mensen middels prenatale diagnostiek meer en meer toepassing vinden. Het niet goed kunnen accepteren van lijden en het evenmin goed kunnen accepteren dat geboden (palliatieve) oplossingen niet volledig de oude situatie herstellen, zijn hier gevolgen

van.

2. Ethische modellen
De ethiek gaat er van uit dat de normen en waarden van een individu een geordende samenhang vertonen en min of meer teruggevoerd kunnen worden op een universeel, abstract principe. Klassiek wordt hierbij de tegenstelling gemaakt tussen ethische stelsels die uit gaan van een principe, een wet of een richtlijn (deontologische ethiek) of ethiek die de normen baseert op het doel dat er mee bereikt wordt (teleologische ethiek).

Vigerend ethisch model
In onze tijd heeft de scheiding tussen tussen individu en gemeenschap er toe geleid dat autonomie, d.w.z. zelfbeschikking als uitgangspunt van het ethische stelsel werd genomen. Met ander woorden: een handeling is goed, wanneer degene die de handeling uitvoert of ondergaat deze handeling goed vindt. Het spreekt voor zich dat ongecontroleerde autonomie snel kan leiden tot schade aan andere individuen. Daarom heeft de hedendaagse ethiek nog een drietal algemene principes aan de zelfbeschikking toegevoegd: weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid. Veelal wordt hierbij de nadruk gelegd op niet-schaden. Het effect van deze principes is daardoor nogal koel en zakelijk: in de praktijk leiden deze uitgangspunten m.i. er alleen maar toe dat beoefenaren van ethiek, zoals medisch-ethische commissies, niet meer een inhoudelijke discussie voeren aan de hand van diverse ethische uitgangspunten, maar vrijwel alleen nadenken hoe procedures zo geregeld kunnen worden dat ieder autonoom individu aan zijn of haar trekken kan komen.

De neiging tot kilheid en zakelijkheid van dit ethische stelsel wordt impliciet ook door de aanhangers ervan erkend. Dit heeft o.a. geleid tot de ontwikkeling van zogenaamde zorgethiek.5 Hierin staan zorg om (attentiviteit), zorg voor (verantwoordelijkheid), zorg verlenen (competentie) en zorg ontvangen (ontvankelijkheid) centraal. De zorgethiek baseert zich op de praktische constatering dat ieder mens gedurende zijn leven een bepaalde periode van afhankelijkheid en mogelijk minder-in-staat-zijn tot autonomie doormaakt en in deze periodes hulp en betrokkenheid van anderen nodig heeft. Een diepere achtergrond vanuit het autonomie-principe kan mijns inziens niet worden gevonden.

Bij toepassing van dit ethische model op de geneeskunde is er mijns inziens meer aandacht voor de autonomie van de patiënt dan voor de autonomie van de hulpverlener. Natuurlijk erkennen ethici dat hulpverleners geen handelingen die tegen hun geweten ingaan behoeven uit te voeren; regelmatig worden bij dergelijke weigeringen – hoezeer ook gerespecteerd – wel kanttekeningen gemaakt dat men niet tot het uiterste met de patiënt mee op weg gaat of dat men onbarmhartig is. Echt respect voor autonomie impliceert m.i. echter dat, hoe hinderlijk in een bepaalde situatie ook, het uiterste respect voor elkaars opvattingen behoort te worden opgebracht. De hulpverlener die weigert een handeling uit te voeren, zou hierdoor nooit in een kwetsbare positie terecht mogen komen.

Christelijke ethiek
Recent zijn door Jochemsen en Glas de uitgangspunten van de Christelijke medische ethiek weer eens opnieuw geformuleerd. (6) Hun visie is dat een ethisch probleem bekeken moet worden vanuit drie perspectieven. Allereerst het Act-perspectief waarin de handeling getoetst wordt aan de geboden van God. In dit perspectief spelen deontologische principes de hoofdrol (Tien geboden, Nieuwtestamentische Wet van God). Vervolgens het Actor-perspectief waarin degene die verantwoordelijk is voor de handeling centraal staat. Hierin komt de deugdenethiek (goed handelen is zoals een goed of deugdzaam mens handelt) naar voren. Tenslotte staat het situatieperspectief, de persoon of zaak waarvoor men verantwoordelijk is centraal. In dit perspectief is teleologische ethiek aan de orde. Het gaat in dit perspectief om proportionaliteit, subsidiariteit en intentie van

het handelen.

In aansluiting op Jochemen en Glas heeft Eijk nog eens de deugdenethiek naar voren gebracht als brug tussen de deontologische en teleologische trekken die deze drie perspectieven kenmerken. (7) Eijk gaat er van uit dat het doel van een Christen “de gelijkwording aan God” is. Thomas van Aquino ziet de deugden als morele karaktereigenschappen van de mens, die in de mens de gelijkenis met God versterken en in feite de mens tot een persoon maken die net zoals God in staat is te beminnen en de waarheid te kennen. De deugdenethiek is derhalve een teleologische ethiek omdat het doel het “dichterbij God” komen is middels de verworven deugden (prudentie (bezonnenheid), rechtvaardigheid, matigheid en moed) en de van God verkregen deugden (geloof, hoop en liefde en de zeven gaven van de Heilige Geest). Toch is deze ethiek tegelijkertijd ook een deontologische ethiek, omdat het doel (de versterking van het gelijken op God) een voorgegeven norm impliceert. Eijk gaat vervolgens verder door zich te realiseren dat het introduceren van God en zijn genademiddelen veelal op onbegrip in de maatschappelijke discussie stuit. De vier kardinale deugden (prudentie, rechtvaardigheid, matigheid en moed) worden in algemene zin beter begrepen en kunnen goed door Christenen worden gebruikt in een situatie van taalarmoede waarin God niet begepen wordt, zonder dat zij hun uitgangspunten hoeven prijs te geven. Verder stelt Eijk dat deze deugden de algemene, meer formele en procedurele principes autonomie, weldoen, niet schaden en rechtvaardigheid kunnen vervangen, omdat ze beter de mogelijkheid bieden de houding van handelende persoon, de daad en de gevolgen hiervan op overtuigende wijze met elkaar weten te verbinden.

Het verlenen van zorg en het hebben van verantwoordelijkheid voor anderen is binnen de Christelijke ethiek een overduidelijk gegeven. Iedere mens is voor God uniek en van onvervangbare waarde. Jezus Christus identificeert zich met de lijdenden zelf en prijst de rechtvaardigen dat alles wat zij voor de geringsten hebben gedaan voor Hem hebben gedaan (Matteüs, 25, 40). De deugd van de rechtvaardigheid en de Goddelijke deugd van de liefde impliceren het nastreven van deze attitudes.

Binnen de Christelijke ethiek speelt autonomie eveneens een rol. Christus zelf geeft zelf duidelijk aan dat de mens als individu waardevol is in de Nieuwtestamentische wet: “Heb uw naaste lief gelijk Uzelf”. De naaste moet men liefhebben, maar niet meer of minder dan zichzelf. Een perfecte afbakening van autonomie: zodra men treedt op het terrein van een ander en zelf dus meer neemt dan de ander, handelt men in strijd met de wet. Verder kent dit stelsel de vrijheid die God gegeven heeft aan alle mensen om zelf te kiezen hoe men zijn leven wil inrichten. De deugd van bezonnenheid leidt de mens tot reflectie op de impliciete norm van God uitgaat; vervolgens kiest hij of zij in deze vrijheid hoe te handelen.

De waardering voor de autonomie illustreert al hoe twee verschillende ethische stelsels uiteindelijk toch tot dezelfde concrete normen en waarden kunnen komen. In de praktijk betekent dit dat mensen uit beide stelsels regelmatig in overeenstemming met elkaar samen kunnen werken. Echter, men moet zich realiseren dat in andere, bijvoorbeeld nieuwe situaties, de zaken er volledig anders voor kunnen staan. Vertrouwen in nieuwe situaties op anderen, waarmee men het meestal wel eens is, is derhalve hachelijk. In de pluriforme situatie van deze tijd zal iedereen zich autonoom moeten bezinnen op de validiteit van zijn eigen normen en waarden !

3. Palliatieve zorg

Volgens de WHO definitie is palliatieve zorg “de continue, actieve en integrale zorg voor patiënten en hun familie door een interdisciplinair team op het moment dat medisch gezien geen genezing meet wordt verwacht”. Palliatieve zorg behelst derhalve pijnbestrijding en andere symptoombestrijding, aandacht voor psychosociale, sociale en spirituele problemen. Het doel is de best mogelijke kwaliteit van leven.

Palliatieve zorg en ethiek

In het gangbare autonomie-model, is palliatieve zorg een mogelijkheid die toegepast kan worden, wanneer de zieke hier zelf voor kiest en zelf denkt dat het hem onder de gegeven omstandigheden gelukkig maakt. Ook voor de hulpverleners is er een goede reden voor: hij doet de zieke goed door hem te verzorgen en zo te helpen zijn lijden te verlichten. Tevens is de hulpverlener geroepen om niet te schaden. Dit kan geïnterpreteerd worden als het niet-schenden van de zelfbeschikking van de patient, maar ook als het afwegen in hoeverre een eventueel toe te passen behandeling de patiënt meer nadeel dan voordeel oplevert (proportionaliteit).

De zorgethiek roept omstanders en hulpverleners op attent en verantwoordelijke te zijn voor de behoeftes van de patiënt en zorgmogelijkheden. Hoezeer de zelfbeschikking voorop blijft staan, de patiënt moet wel weten welke mogelijkheden beschikbaar zijn om het lijden te verlichten of de psychosociale situatie te verbeteren. Doel is en blijft verbetering van de subjectieve kwaliteit van leven van de patiënt. Binnen het autonomie-model kan dit ingepast worden onder “weldoen”, die ingegeven zou zijn vanuit de eigenheid van de mens zelf.

In de Christelijke visie staat de patiënt eveneens centraal. Hij of zij is een menselijke persoon, lichaam en ziel, geschapen naar Gods beeld. De zieke is autonoom in die zin dat hij of zij, al dan niet in overeenstemming met de wil van zijn Schepper, kan handelen in vrijheid. Het besef geschapen te zijn naar Gods beeld en de hoop eens bij Hem te mogen zijn, maken dat lijden, hoeveel pijn en strijd dit ook kan kosten, gemakkelijker een plaats in het leven gegeven kan worden, zeker wanneer dit verlicht wordt met behulp van palliatieve zorg. De deugd van de rechtvaardigheid leert de hulpverlener dit leven met respect te behandelen en liefdevol tegemoet te treden, wetend dat wat hij of zij aan de geringsten van Christus zal hebben gedaan, aan Hem zelf heeft gedaan. Het kennen van God nodigt uit, verplicht zelfs tot liefdevolle zorgzaamheid voor deze naaste en uiterst respect voor zijn leven. Professionele betrokkenheid is onvoldoende; oprecht meevoelen, begrip, beschikbaarheid en liefde zijn vereist.4 De deugd van de prudentie leert om bezonnen met de situatie om te gaan. Iedere handeling moet proportioneel zijn, dat wil zeggen de patiënt moet er binnen de beperkte levensverwachting baat van kunnen hebben.

Belangrijk bij het beoordelen van een handeling is de intentie. De intentie is het doel dat men beoogt te bereiken; de effecten zijn de gevolgen die door de handeling worden veroorzaakt. In het geval van palliatieve zorg komt dit probleem om de hoek kijken bij het bestrijden van pijn met behulp van morfine. De intentie van het toedienen hiervan is het bestrijden van pijn. De effecten hiervan kunnen zijn het verminderen van de pijn, maar ook het bespoedigen van de dood. In het autonomie-model worden de intentie en de effecten van een handeling nogal eens samengenomen of door elkaar gehaald. Vanuit de deugdenethiek is het van belang te handelen met bezonnenheid (prudentie). Het handelen “als God” impliceert zeker dat het lijden van zieken verzacht moet worden, maar respect voor het leven verdwijnt wanneer de intentie levensbeëindiging wordt. Wanneer de intentie alleen pijn bestrijden is, is een eventuele bespoediging van de dood een neveneffect, dat niet gewild en daarom moreel niet verwerpelijk is.

Euthanasie en palliatieve zorg
Euthanasie wordt gedefinieerd als actieve levensbeëindiging op verzoek van de zieke omwille van ondraaglijk lijden. Het beëindigen van het leven wordt gebruikt als middel om lijden op te heffen; euthanasie is geen doel op zich. Binnen het autonomie-model kan ook in een palliatieve zorgsetting euthanasie als (uiterste) middel om lichamelijk of geestelijk lijden op te heffen aangewend worden. Immers, de zieke zelf heeft de gehele situatie en ook zijn leven in deze visie in de hand. Binnen het Christelijke model wordt het leven gezien als een gave van God. Uit respect voor Hem en op grond van zijn geboden moet men dit te allen tijde respecteren.

Palliatieve zorg is erg in de belangstelling gekomen in de tijd dat de discussie over het toelaten van euthanasie gevoerd werd. Kennelijk was de achterliggende gedachte dat goede palliatieve zorg de vraag naar euthanasie zou kunnen doen verdwijnen. (8) De vraagt dient zich aan of dit werkelijk zo zal zijn. Op basis van wat eerder

betoogd is, namelijk hebben van zoveel mogelijk plezierige momenten als zin van het leven, kan theoretisch worden afgeleid dat er mensen zijn die in ieder geval initieel geen enkele plaats aan lijden in hun leven kunnen geven. Een deel, mogelijk een groot deel van hen, zal in de nieuwe situatie van ziekte ontdekken dat het leven ook een andere zin kan hebben. Het is echter te verwachten dat er een (klein) deel overblijft dat de beperkingen die ernstig ziek zijn met zich meebrengt, niet in hun leven kan inpassen en ondanks goede paliatieve zorg om euthanasie blijft vragen.

De vraag is hoe er met deze groep omgegaan moet worden. In beide ethische stelsels blijft de vrijheid van de zieke en zijn recht op zelfbeschikking het laatste woord houden. Wel roepen beide modellen op tot een standpuntbepaling van de hulpverlener. Deze zal zeker geen handelingen moeten verrichten waar hij of zij niet achter kan staan. Binnen het Christelijke model klinkt de roep om te zijn als God: niet dodend, eerbiedig t.a.v. het leven, maar ook liefdevol naar de zieke. Zijn verzorging moet doorgang blijven vinden, ook als hij er voor kiest een andere hulpverlener te zoeken, die wel op de persisterende vraag om levensbeëindiging zou willen ingaan. Dit laatste is mogelijk erg frusterend voor de hulpverlener: het is echter eigen aan de vrijheid die iedere mens van God gekregen heeft.

4. Conclusies

In onze maatschappij bestaan meerdere ethische stelsels. Op het gemeenschappelijk domein vigeert het autonomie-model. Dit model kan in gevallen waarin zorg voor anderen nodig is nogal koel uitpakken. Ook wordt de autonomie van de hulpverlener minder gewaardeerd dan die van de patiënt. Het Christelijke model, ook wel samengebracht in de deugdenethiek, heeft respect voor het door God geschapen leven en neigt in haar aard meer tot zorgzaamheid. Beide modellen kunnen in de praktijk regelmatig tot dezelfde concrete oplossingen leiden: bij nieuwe vragen is een zorgvuldige reflectie op de eigen uitgangspunten echter onontbeerlijk. Bij palliatieve zorg staan acceptatie van lijden, liefde en zorg voor elkaar centraal. Wanneer een of meerdere van deze elementen afwezig zijn, zal de laatste fase van het leven moeizaam zijn.

Dit artikel is een bewerking van de voordracht gehouden op het symposium 'Creatieve geneeskunde met palliatieve zorg' dd 19 nov. 1999

Noten

1. Groot Wassink J. Kerk en cultuur op de tijdas. In: Groot Wassink J. Vindplaatsen van Christelijke spiritualiteit. Oegstgeest: Stichting R.K. Voorlichting, 1986:8-18.
2. Van Asperen GM. Eindigheid als perspectief. Wijsgerig Perspectief 1987; 28:85-88.
3. Ittersum FJ. Economische taal in ethische discussie duidt op onvermogen. Katholiek Nieuwsblad 1991; 8:5.
4. Eijk WJ. Uw zorg mij'n zorg. Pro Vita Humana 1997; 4:109-114.
5. ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E. Zorg. In: ten Have HAMJ, ter Meulen RHJ, van Leeuwen E, editors. Medische ethiek. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998:221-223.
6. Jochemsen H, Glas G. Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn, 1997.
7. Eijk WJ. De deugdenethiek als wegwijzer voor verantwoord medisch handelen. Pro Vita Humana 1998; 5:78-81.
8. Janssens MJPA. Palliatieve zorg in Nederland. Concept in context. Tijdschrift voor geneeskunde en ethiek 1997; 7:2-5.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Is de biologische natuur van de mens vogelvrij? Het ‘mind-body’-probleem in de bio-ethiek

Pro Vita Humana, 1999 (6), nr. 4, pp 105-109
door prof.dr. W.J. Eijk, arts-filosoof-theoloog en hoogleraar moraaltheologie aan de Theologische Faculteit van Lugano (Zwitserland)

Mag de mens over de eigen biologische natuur beschikken? Men krijgt haast de indruk van wel. Er is geen orgaan of lichaamsdeel, behoudens de hersenen en andere delen van het centraal zenuwstelsel, of het kan worden vervangen. Daarbij kan gebruikt gemaakt worden van transplantatieorganen en – in beperkter mate – ook van kunstmatige organen of lichaamsdelen. Het gaat hierbij niet alleen om therapeutische doelen.

De verwachting is uitgesproken dat de implanteerbare ‘brain chip’ binnen vijf jaar een therapie van blindheid of doofheid zal zijn, binnen tien jaar de snelle uitwisseling van vitale gegevens tussen militairen en binnen vijftien jaar die tussen beursemployees mogelijk maken. Ook lijkt de uitwisseling van het geheugen als zodanig niet uitgesloten. (1) Een transseksueel kan desgewenst door toediening van hormonen en een chirurgische reconstructie van de geslachtsorganen – en in de toekomst misschien door transplantatie van geslachtsorganen van overledenen – althans uiterlijk van geslacht veranderen. Als de modificatie van DNA, vooral in de kiembaan, eenmaal toepasbaar is, zal het misschien mogelijk zijn de mens van de toekomst op maat en naar smaak te ontwerpen. Hoewel dit laatste nog toekomstmuziek is, leert het succes met het kloneren van schapen en muizen, enkele jaren geleden bij zoogdieren nog voor onmogelijk gehouden, dat onverwacht snelle ontwikkelingen op dit terrein niet moeten worden uitgesloten.

De vraag in hoeverre de mens zijn biologische natuur mag herscheppen is cruciaal. Heeft hij over zichzelf beschikkingsrecht, dan is het antwoord bevestigend. Wie over iets het beschikkingsrecht heeft, kan er de finaliteit, doelgerichtheid of de teleologische waarde van bepalen. Dat men – binnen zekere grenzen beschikkingsrecht heeft over het eigen huis, het inkomen of vermogen, staat niet ter discussie. Maar hebben we ook zo’n beschikkingsrecht over onze biologische natuur?

1. De waarde van de menselijke biologische natuur
In de meeste culturen overheerst een dualistische mensvisie: men is vrij algemeen geneigd de mens te identificeren met enkele specifiek menselijke functies die hem van dieren onderscheiden, het denkvermogen en de vrijheid, terwijl zijn biologische natuur als een bijkomstig element wordt gezien. Tot op zekere hoogte is dat begrijpelijk. Biologische functies zijn grotendeels gedetermineerd, wat betekent dat zij zich aan de controle van de wil onttrekken. Of wij willen of niet, aan onze activiteiten worden door het lichaam grenzen gesteld. Na inspanning raken we vermoeid. De lichaamsfuncties kunnen door ziekte en ouderdom ontregeld raken. Bovendien worden biologische driften, zoals hongergevoel, behoefte aan slaap en seksuele impulsen, vaak als dwang en een beperking van de menselijke vrijheid beschouwd. Het lichaam wordt daardoor niet zelden als een last ervaren.

De verhouding tussen geest (ziel) en lichaam of in hedendaagse terminologie tussen ‘mind’ en ‘body’ vormt daarom zowel voor de klassieke als voor de moderne Westerse fllosofie het belangrijkste vraagstuk. De antwoorden die hierop worden gegeven, bepalen de epistemologie, de filosofische methoden die worden gehanteerd, de mogelijkheid van een metafysica, de inhoud van de ethiek en de eventuele openheid voor een

Openbaring en een authentiek theologisch denken. De gedachte dat het fysiek-biologische in de mens slechts accidenteel is, leidt gemakkelijk tot de conclusie dat het een hooguit instrumentele waarde heeft. Als het fysiek-biologische in de mens slechts de waarde van een middel tot doel heeft, dan heeft hij er beschikkingsrecht over. In dat geval zijn er geen essentiële bezwaren tegen de verandering van bepaalde lichaamseigenschappen, omdat men het gevoel heeft dat ze niet voldoen en de persoon niet tot zijn recht laten komen.

2. Een 'ouderwets' dualisme in de huidige bioethiek
In de huidige bio-ethiek vallen twee dualistische mensbeelden op, het cartesiaanse mensbeeld en de 'identity theory'.

Voor René Descartes bestaat de mens uit twee gescheiden componenten, ziel en lichaam. Feitelijk is de mens in zijn ogen "een denkende geest," (2) dus de ziel, terwijl hij het menselijk lichaam als een machine beschouwt. Het is moeilijk aan te geven hoe twee totaal verschillende substanties als lichaam en ziel samen de mens kunnen constitueren. Beide blijven volgens hem dan ook volstrekt gescheiden, maar treden met elkaar in interactie via de epifyse, de pijnappelklier. (3) Hoe we ons deze interactie moeten voorstellen, verklaart hij niet.

In onze tijd is deze visie duidelijk herkenbaar bij de neurofysioloog Eccles en de filosoof Popper die veronderstellen dat er een immateriële 'mind' is die de elektrische activiteit van de neocortex afleest. (4) Zij beschrijven evenals Descartes de verhouding tussen geest en lichaam als een soort parallellisme, maar geven een meer plausibele verklaring voor de interactie tussen beide.

De invloed van het (neo)cartesiaanse mensbeeld op de moderne geneeskunde sinds de negentiende eeuw is onmiskenbaar. Terwijl zij zich in toenemende mate op het menselijk lichaam richt en dat benadert als mechanisch object, laat zij de zorg voor het geestelijk en psychisch welzijn over aan pastores of psychologen en psychiaters. Het dualistisch mensbeeld weerspiegelt zich in de dualistische opzet van de gezondheidszorg.

Radicaal tegenover dit dualisme van Descartes staan twee monistische richtingen die in principe een dualistische mensvisie verwerpen.

Het idealisme van Hegel en anderen verklaart alles tot geest en projectie van de geest, ook het menselijk lichaam, waardoor de tegenstelling tussen het kennende subject en het gekende object en daarmee ook dat tussen geest en lichaam worden opgeheven.

De andere tegenpool is het materialistisch mensbeeld. Tot deze categorie behoort de 'identity theory' van vooral anglo-amerikaanse empiristen, die de mind niet zien als een immateriële substantie of beginsel, maar identificeren met de fysiologische processen van het meest cruciale orgaan van het lichaam. Thomas Hobbes (1588-1679), de eerste filosoof die deze theorie – ofschoon niet onder die naam – propageerde, zag op basis van de biologie van zijn tijd het hart als zetel van de mind. (5) Toen door de vooruitgang in biologische kennis duidelijk werd dat de hersenen in het lichaam een centraal coördinerende functie uitoefenen, werd het persoon zijn met dit orgaan geassocieerd. Zo zag de filosoof en zoöloog Haeckel aan het einde van de vorige eeuw de ziel als een biologische functie van de hersenen. (6) Een geestelijke waarde als de liefde is naar zijn inzicht een complex fysisch-chemisch proces in de hersens van de hogere diersoorten. (7) In de biogeneeskunde bestaat nog steeds een onmiskenbare neiging het specifiek menselijke te vereenzelvigen met de menselijke hersenen, die door middel van het perifere zenuwstelsel en het endocriene systeem het lichaam besturen. Daardoor wordt het mens zijn gereduceerd tot bepaalde hersenstructuren: het bovenste gedeelte van de hersenstam, verantwoordelijk voor het 'zelfbewuste autonome ik', het cerebrum en vooral the cerebrale cortex. Hoewel de identity theory elk tweedeling in de mens tussen een immaterieel geestelijk en een materieellichamelijk element ontkent, sluit zij een dualisme volstrekt niet uit. Dat blijkt bijvoorbeeld uit de versie van deze theorie, die momenteel in de geseculariseerde bio-ethiek grote opgang maakt mede door toedoen van de Amerikaanse

arts-filosoof H. Tristram Engelhardt en de reeds geciteerde Australische filosoof Peter Singer. Volgens hen wordt een menselijk wezen, dat wil zeggen een wezen dat op basis van zijn genoom een menselijke biologische natuur heeft, pas een menselijke persoon met alle rechten van dien wanneer het manifest over een rationeel vermogen beschikt, autonoom kan beslissen en tot menselijke sociale communicatie in staat is. Omdat de hersenen pas rond een jaar na de geboorte voldoende zijn gerijpt om genoemde functies te ondersteunen, wordt het menselijk wezen pas op dat moment tevens een menselijke persoon. Dit impliceert een onverhuld dualisme tussen enerzijds menselijke wezens met een menselijk lichaam en een menselijke biologische natuur en anderzijds menselijke personen. Feitelijk is het persoon zijn gereduceerd tot enkele voor de mens specifieke hersenfuncties.

Het hoeft nauwelijks betoog dat dit dualisme vergaande ethische consequenties heeft: embryo ‘s, foetussen en pasgeboren zijn geen menselijke personen met een recht op leven en lichamelijke integriteit dat zonder meer hoeft te worden gerespecteerd. Er is hooguit een geleidelijke ontwikkeling van het persoon zijn. Naarmate deze ontwikkeling bijvoorbeeld omstreeks de geboorte een zeker niveau heeft bereikt, kan hooguit van een ‘marginal person’ worden gesproken. De mens heeft in die fase een status die overeenkomt met die van de hogere apen. (8)

Door de scherpe scheiding tussen menselijke personen en menselijke wezens staat de menselijke persoon als kennend en zingevend subject niet alleen tegenover zijn omgeving, maar ook tegenover het eigen lichaam als tegenover een object. Deze mensvisie verwoordt een gevoelen dat vrij algemeen in de maatschappij herkenbaar is. Er is een enorme aandacht voor het lichaam, maar dan als middel om zich te presenteren, dus als een prestigeobject. Onder deze belangstelling gaat vaak een diepe ontevredenheid schuil met het lichaam zoals het is. Het is juist daarom dat de nieuwe mogelijkheden het lichaam te ‘reconstrueren’ zo’n grote aantrekkingskracht uitoefenen.

3. Dualisme in de menswetenschappen

De biologische natuur wordt eveneens als bijkomstig gezien in de moderne menswetenschappen. De sociologie en de culturele antropologie spreken bij voorkeur niet van de ‘menselijke natuur’, maar van de ‘menselijke soort’. Hun gebrekkige interesse in de biologische natuur vloeit voort uit het feit dat er tussen de verschillende rassen slechts geringe biologische en genetische verschillen bestaan. Mensen onderscheiden zich van elkaar vooral door cultuur en gemeenschappelijk groepsgedrag. Tevens verschillen zij hierdoor specifiek van de dierenwereld. De genetisch verschillen tussen mensen en mensapen betreffen slechts een 5% van het DNA. Terwijl bij dieren (met name bepaalde insecten) het sociale gedrag eenzijdig genetisch bepaald is, heeft de mens echter de mogelijkheid een cultuur en de daarbij behorende maatschappelijke verhoudingen de creëren. De verhouding tussen ouders en kinderen, de rol van de man en de vrouwen de waardering van de lichamelijkheid zouden bij de mens daarom niet vanuit biologische verhoudingen of verschillen kunnen worden verklaard, maar in hoofdzaak vanuit culturele verscheidenheid.

De psychologie richt haar aandacht vooral op het individuele menselijke zelf-bewustzijn als het meest specifieke kenmerk van de mens. Dit autonome zelf wordt overigens ook gezien als een vrucht van culturele ontwikkeling en intermenselijke interactie. Tevens wordt de mens geconditioneerd door een onderbewustzijn waarover hij geen controle heeft. Voor zover de psychologie in de laatste decennia steeds meer het bewustzijn als epifenomeen van biologisch-fysiologische processen in de hersenen verklaart, sluit zij zich aan bij de identity theory.

4. ‘Ik ben mijn lichaam’

Hoe begrijpelijk teleurstellingen vanwege de beperktheden van het lichaam ook zijn, toch blijft staan dat wij

onszelf als een eenheid ervaren. Gabriel Marcel drukt het zo uit: ik ben mijn lichaam al weet ik tegelijkertijd dat ik iets meer ben. (9) Een dualistische mensvisie kan deze algemene ervaring niet verklaren.

Eveneens kan zij geen bevredigende verklaring geven voor de algemene ervaring dat rationele kennis het resultaat is van een verwerking van zintuiglijke informatie door de rede. Een mens kent zichzelf slechts door de zintuiglijke ervaring van de dingen buiten hem en van zijn lichaam. Uiteraard kan de mens zichzelf ook door introspectie leren kennen. In zijn zelfbewustzijn treft hij echter niets anders aan dan de voorstellingen afgeleid uit informatie die hij via de zintuigen van de dingen om hem heen en zijn lichaam heeft ontvangen.

Denken is een proces dat plaatsvindt door middel van symbolen die via zintuiglijke informatie aan de materiële dingen om ons heen zijn ontleend. Hoewel ook dieren enigszins van symbolen gebruiken kunnen maken, is het specifiek voor de mens dat hij door middel van symbolen de essentiële kenmerken van de dingen kan onderscheiden. Dit maakt duidelijk dat het menselijk denkproces zijn uitgangspunt heeft in een fysiek proces, de zintuiglijke waarneming en de verwerking van de zo verkregen informatie door de hersenen. Tegelijkertijd blijkt hieruit dat het denkproces het louter fysieke niveau overstijgt.

Bovendien kan een dualistische mensvisie die het geestelijk aspect van de mens identificeert met de menselijke persoon als zodanig, een voor hem essentiële eigenschap niet verklaren: iedere menselijke persoon is uniek en onherhaalbaar. Deze uniciteit vloeit niet voort uit het vermogen tot abstract denken en het nemen van vrije beslissingen dat we in principe met elkaar gemeen hebben, maar uit de specifieke eigenschappen van het lichaam, de emotionele belevingswereld die nauw verbonden is aan lichamelijk-zintuiglijke informatie, en de eigen biografie die ook direct samenhangt met het gegeven dat de mens lichamelijk is. Verschillen in intelligentie en doorzichtsvermogen worden niet door verschillen in de ratio bepaald die alle mensen als geestelijk vermogen gemeenschappelijk hebben, maar door verschillen in de capaciteit van de hersenen zintuiglijke informatie te verwerken. (10) Omdat de uniciteit van de menselijke persoon zo strikt gebonden is aan zijn lichamelijkheid, kan het lichaam niet anders dan een essentieel onderdeel van de mens zijn.

Het mens zijn kan echter niet tot het louter biologischfysieke niveau worden gereduceerd. Menselijke liefde kan geen zuiver biologisch-materieel proces zijn, omdat zij vrijheid veronderstelt, terwijl materiële processen volgens een gedetermineerd patroon verlopen. Wanneer bepaalde chemische stoffen bij elkaar worden gevoegd, ontstaat een chemische reactie volgens vaste fysieke natuurwetten. Hoe zou op deze wijze de menselijke vrijheid kunnen worden verklaard? Liefde zonder vrijheid is geen echte liefde, αγαπη (agapè), maar blijft steken in de bevrediging van een behoefte, een ερος (eros). Bovendien is het denkproces dat met abstracte begrippen werkt, niet alleen als een fysisch-chemische reactie te verklaren. Omdat het denkvermogen en de vrijheid van de mens de materie transcenderen, veronderstellen zij de aanwezigheid van een immaterieel levensprincipe.

Als de mens zowel een geestelijk en een materieel principe heeft, is er in hem uiteraard een zekere dualiteit en blijft de moeilijkheid te verklaren hoe beide een eenheid kunnen constitueren. De enige stroming die zich hier intensief mee beziggehouden heeft en een antwoord heeft gegeven dat ook met hedendaagse wetenschappelijke inzichten verenigbaar is, is de Aristotelisch-Thomistische, waarvan ik een overtuigd aanhanger ben. Haar uitgangspunt is dat alle dingen en ook de mens worden geconstitueerd door een substantiële vorm die de materie, in haar originele staat van pure passiviteit en potentialiteit ‘materia prima’ genoemd, formeert tot een bepaald ding.

Hoewel dit concept van de materia prima sterk bekritiseerd is, heeft de fysica in deze eeuw aangetoond dat de materie in haar meest elementaire deeltjes inderdaad pure potentialiteit is en passiviteit. Volgens de wet van de negatieve entropie, de tweede wet van de thermodynamica, is energie geneigd zich zoveel mogelijk te verspreiden zodat de verschillen in intensiteit verdwijnen. Dit betekent dat de organisatie van ons universum op

de duur verloren gaat. Materie toont op zich geen enkele neiging tot organisatie. Toch treffen wij haar in het huidige stadium van het universum in georganiseerde vorm aan bij levende en niet levende wezens. Aristoteles ziet in de materia prima een 'teleologisch verlangen' door een vorm te worden geactualiseerd. (11) Het hoogste telos (doel) is voor de materie bereikt als zij is georganiseerd door een vorm die de materie transcendeert, hetgeen gebeurt in het menselijk lichaam. Vanwege de nauwe samenwerking tussen de zintuigen en de rede bij het constitueren van de menselijke kennis, moet de vorm die het materiële transcendeert door intelligentie en vrijheid, geestelijk zijn.

De specifieke vorm van levende wezens, de ziel als het levensprincipe, (12) moet bij de mens een geestelijk levensprincipe zijn dat de materie tot het menselijk lichaam formeert. Wat na de dood overblijft, is een lijk maar geen menselijk lichaam neer. Hetzelfde levensprincipe is zowel de basis voor rationele activiteiten, het denken en het vrije handelen, alsook voor de vegetatieve en sensitieve processen in het lichaam. (13) Het aannemen van meerdere verschillende levensprincipes voor de diverse geestelijke en lichamelijke functies van de mens, leidt automatisch tot een dualistische mensvisie. Het is echter het 'ik' dat denkt, voelt, waarneemt en beweegt. Wanneer het menselijk lichaam ontstaat doordat de materie door het ene geestelijk levensprincipe van de mens wordt geformeerd, dan is het lichaam evident een essentieel onderdeel van de menselijke persoon. Men kan met Ashley de mens definiëren als een "thinking body." (14)

5. Conclusie: een beperkt beschikkingsrecht

Als men de menselijke persoon en zijn biologische natuur niet van elkaar kan scheiden, dan betekent het instrumentaliseren van het lichaam tevens het instrumentaliseren van de persoon zelf. Om deze reden is een totaal beschikkingsrecht uitgesloten. Wel is er uiteraard een beperkt beschikkingsrecht over het menselijk lichaam: een door ziekte aangetast orgaan of lichaamsdeel kan worden geamputeerd of geëxtirpeerd wanneer de gezondheid van het lichaam als geheel of het leven erdoor wordt bedreigd. De grenzen van het beschikkingsrecht worden aangegeven door het totaliteitsprincipe, ook wel therapeutisch principe genoemd. Volgens dit beginsel kan een onderdeel van het lichaam alleen worden opgeofferd, wanneer dat voor het behoud van de menselijke persoon als levende totaliteit noodzakelijk is. Het totaliteitsprincipe is daardoor een van de belangrijkste beginselen van een bio-ethiek die het lichaam als essentieel onderdeel van de menselijke persoon beschouwt. Een gewetensvolle toepassing van dit beginsel voorkomt dat onze biologische natuur en daarmee wij zelf de speelbal worden van onbeheersbare technologische ontwikkelingen.

Noten

[size=x-small]1. C.Q. Maguire, E.M. McGee, "Implantable brain chips? Time for debate," Hastings Center Report 29 (1999), nr. 1, pp. 7-13.
2. A. Kenny, The metaphysics of mind, Oxford: Clarendon Press, 1990,p.1.
3. R. Descartes, Les passions de l'ame, I, 30-32, in: Oeuvres de Descartes, C. Adam, P. Tannery (ed.), Paris: J. Vrin, 1974, vol. XI, pp. 351-353.
4. K.R. Popper, J.C. Eccles, The self and its brain, New York/Berlin: Springer International, 1977.
5. Th. Hobbes, Elements of Philosophy, in: Works, W Molesworth, London, 1839, vol. 1, part IV c. 25, pp. 387-410.
6. E. Haeckel, Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über biologische Philosophie, Leipzig: Alfred Kröner Verlag, 1906, pp. 5-7.
7. Ibid., pp. 50-51.
8. P. Singer, Practical ethics, Cambridge: Cambridge University Press, 1993 (2e ed.), pp. 85-109, 175-217; H.T. Engelhardt, The Foundations of Bioethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1996 (2e ed.), pp. 135-154.
9. G. Marcel, Journal métaphysique, Paris: Gallimard, 1927, pp. 236-237.
10. Thomas van Aquino, Summa Theologica 1,85,7; de mate en de wijze waarop de vorm tot expressie kan

komen wordt bepaald door de dispositie van de materie, vgl. Idem, Scriptum super Libros Sententiarum 11, d. 32, q. 2, a. 3, solutio.
11. Zie in dit verband B.M. Ashley, Theologies of the body: humanist and christian, Braintree (Massachusetts): The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, 1985, p.695.
12. Aristoteles, De Anima, 11, I, 412 a 27 – 412 b 1 – 412 b 6, and 4-6, in Aristotelis de anima, ~ Siwek (ed.), Romae: apud aedes Pont. Universitatis Gregorianae 1954, vol 11 (Series Philosophica 9), p. 92/93.
13. Thomas van Aquino, Quaestio disputata De Anima, a. 10-11; idem, Summa Theologica I, q. 76, a. 1,3,4 en 8; Aristoteles, 11 De Anima, 11,1,412 b 4-6.Voor een uitgebreide bespreking zie L.J. Elders, De natuurfilosofie van Sint-Thomas van Aquino,Brugge: Tabor,1989,pp.283-293.
14. B.M. Ashley, Theologies of the body … , op. cit., p. 19.[/size]

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

De deugdenethiek als wegwijzer voor verantwoord medisch handelen

Pro Vita Humana, 1998, nr. 3, 78-81
door prof.dr. W.J. Eijk, arts-filosoof-theoloog en docent ethiek en moraaltheologie aan de Grootseminaries Rolduc te Kerkrade en het St. Janscentrum te Den Bosch

In het boek ‘Verantwoord medisch handelen’ (1) wordt een problematiek aangesneden die alle serieuze medewerkers in de gezondheidszorg en tevens allen die van hun diensten gebruik maken, bezighoudt: de principes zijn helder, maar wat doe ik ermee in de praktijk? In sommige gevallen liggen de antwoorden klip en klaar voor handen. De arts die abortus provocatus als ongeoorloofd beschouwt, zal een verzoek daartoe van een vrouw met een ongewenste zwangerschap niet honoreren, maar naar andere wegen zoeken om haar te helpen. De moeilijkheid is echter dat in verreweg de meeste gevallen de relatie tussen in zich duidelijke normen en de praktijk niet zo simpel ligt als dat op het eerste gezicht lijkt. Kan de deugdenethiek hierin een brugfunctie vervullen?

1. Deontologische versus teleologische ethiek: een valkuil
De spanning tussen norm en praktijk blijkt bijvoorbeeld uit het moeilijke dilemma waar de Duitse bisschoppenconferentie op dit moment mee worstelt: volgens de Duitse abortuswet kan bij een zwangere vrouw ook op sociale indicatie abortus provocatus worden verricht, mits zij zich tevoren heeft laten ‘beraten’, dat wil zeggen een gesprek heeft gehad met een maatschappelijk werker of eventueel een andere persoon. Een deel van de instellingen voor maatschappelijk werk, de zogeheten ‘Beratungsstellen’ is in handen van de katholieke kerk, ofschoon zij uiteindelijk door de Staat via het systeem van de kerkbelasting worden gefinancierd. Na een consult moet de maatschappelijk werker een bewijs, een ‘Schein’, afgeven, waaruit blijkt dat hij door de vrouw in kwestie is geraadpleegd. Zijn persoonlijk standpunt inzake abortus provocatus hoeft hij daarop niet aan te geven. Alleen het bewijs dat er een gesprek heeft plaatsgehad volstaat om voor abortus provocatus in aanmerking te komen. (2)

Een nadere reflectie op dit actuele voorbeeld maakt duidelijk hoe gelukkig het is dat de auteurs van het boek Verantwoord medisch handelen niet in de valkuil zijn getrapt van de tweedeling van alle ethische stromingen in

deontologische en teleologische, zoals die door de Engelse filosoof Broad in 1930 is geïntroduceerd. (3) Een deontologische stroming zou primair uitgaan van de ethische kwalificatie van een handeling en zich daarom vooral baseren op voorgegeven normen, zoals: 'men zal geen abortus provocatus verrichten op die en die indicatie'. Daarentegen zou een teleologische stroming vooral letten op de gevolgen van handelingen. Zij zou het negatieve gevolg van abortus provocatus, de dood van het ongeboren kind, afwegen tegen het gunstige effect voor de moeder. Zou het totaaleffect een bijdrage blijken te zijn tot de maximalisering van het goed in het algemeen, dan zou de abortus provocatus een goede handeling zijn. Deze teleologische denkwijze ligt ten grondslag aan het utilisme.

De Duitse bisschoppen gaan ervan uit dat abortus provocatus als handeling op zich geen goede keuze is. Dit lijkt een deontologische opstelling. Hoewel men op basis hiervan zou verwachten dat zij dan ook medewerking aan abortus zouden afwijzen, hebben zij dat sinds de invoering van de Duitse abortuswet in 1976 en ook sinds de wijziging ervan in 1995 als gevolg van de hereniging van Oost- en West-Duitsland niet gedaan. Hun instellingen voor maatschappelijk werk verrichten de abortus niet zelf, maar zijn er slechts indirect bij betrokken zonder ermee in te stemmen. De beslissing mee te werken is ingegeven door een afweging van de diverse belangen die op het spel staan. Doordat zij een deel van de sociale sector beheert, heeft de kerk een aanzienlijke maatschappelijke invloed. Belangrijker nog is het feit dat in veel gevallen katholieke maatschappelijke werkers tijdens de 'Beratung' vrouwen van hun voornemen abortus te laten plegen weten af te brengen. (4) 85% van de zwangere vrouwen die een van de 269 katholieke consultatiebureaus raadplegen ziet van abortus af, terwijl bij de 1700 consultatiebureaus als geheel het omgekeerde het geval is: daar ligt het percentage vrouwen dat voor abortus kiest op 77%. (5) Dit belang hebben de Duitse bisschoppen tot nu toe zwaarder laten wegen dan het eventuele risico dat de medewerking van de kerk aan abortus het respect voor het leven zou aantasten. In dit opzicht lijken zij aanhangers van een teleologische ethiek, gelet op het feit dat zij hier vooral met de consequenties rekening houden. Christenen, van welke signatuur ook, hebben altijd dit soort afwegingen gemaakt, ook al namen zij voorgegeven objectieve normen aan.

2. De deugdenethiek als brug

Naast de deontologische ethiek die vooral op de handeling zelf let, en de teleologische ethiek waarvoor de consequenties de doorslag geven, kent de christelijke ethiek vanuit de heilige Schrift (Spreuken 14,15; Wijsheid 8,7; Mt. 6,1; Mc. 7,1-23; 1 Tim. 6,11-12; Tit. 3,2-8), maar ook vanuit de antieke filosofie nog een derde stroming, die van de deugdenethiek. Door een verkeerd beeld dat van deze ethiek is ontstaan, bestaat niet zelden de indruk dat de deugden een subjectief gegeven zijn, dat wil zeggen alleen iets over de houding van het individu zeggen. Dit wordt echter weersproken door het feit dat er tussen de houding van het individu en zijn morele handelen een onlosmakelijke band bestaat. De briljante en originele wiskundige Evariste Galois zal zeker verstandelijk de waarde van het menselijk leven hebben gezien, maar zette dat niet in daden om toen hij zich in een onbezonnen, dus niet prudente opwelling voor een duel leende dat hij – dat stond van meet af aan vast – vrijwel zeker met de dood zou bekopen. Zodoende was hij gedwongen in de ene nacht die hem voor zijn dood nog restte, een onsterfelijke verhandeling over algebra van zestig pagina's te schrijven. (6) Mijn arts mag nog zo goed weten dat hij tot geheimhouding verplicht is: als hij niet discreet is, dat wil zeggen niet de deugd van de discretie bezit, een aanverwante deugd van de rechtvaardigheid, zijn mijn geheimen bij hem niet veilig.

Een ding moge duidelijk zijn: als een ethische theorie er niet in slaagt de houding van de handelend persoon, de door hem verrichte handeling en de effecten van zijn handeling met elkaar te integreren, zal zij nooit theorie en praktijk met elkaar kunnen verbinden. Persoonlijk ben ik als thomist een overtuigd aanhanger van de deugdenethiek. Thomas van Aquino, een dominicaan en theoloog uit de dertiende eeuw, integreerde de (aristotelische) deugdenethiek in de christelijke ethiek, waardoor hij op mijns inziens overtuigende wijze geloof en leven bij elkaar wist te brengen. Hierin volgde hij de kerkvaders, onder wie Gregrorius van Nyssa, die zei "dat

het doel van het leven volgens de deugd de gelijkwording aan God is." (7) Thomas ziet de deugden als morele karaktereigenschappen die in de mens de gelijkenis met God versterken, met andere woorden hem tot een persoon maken die evenals God in staat is te beminnen en de waarheid te kennen. (8) Dit doel, dit naderen tot God, dat reeds met de verworven deugden in aanzet is gegeven, maar uiteindelijk alleen door de bovennatuurlijke deugden die God als genadegave schenkt, geloof, hoop, liefde en de zeven gaven van de Heilige Geest tot stand kan komen, geeft aan dat de christelijke ethiek een teleologische ethiek is. Tegelijkertijd is zij ook een deontologische ethiek omdat het te bereiken doel, de versterking van de gelijkenis met God, een voorgegeven norm impliceert. De deugdenethiek impliceert een vruchtbare synthese van het teleologische en het deontologische aspect van het morele handelen doordat zij beide op harmonische wijze met elkaar integreert.

3. Twee voordelen van de deugdenethiek voor de praktijk
Ik zou twee in het oog springende voordelen van de deugdenethiek naar voren willen brengen.

a. Een band tussen levensbeschouwing en praktijk
Op de eerste plaats biedt de deugdenethiek bij uitstek de mogelijkheid levensbeschouwing en praktijk te verbinden. Deugden zijn niet houdingen die in de handelend persoon zelf besloten blijven, maar hem ertoe predisponeren om zijn handelingen af te stemmen op de concrete realiteit, ook die van de scheppingsordening.

De deugd van de rechtvaardigheid maakt dat ik met een standvastige wil andermans recht op leven, op het kennen van de waarheid, op arbeid of op bezit erken. Hieruit vloeien een aantal normen uit voort, hetgeen duidelijk maakt hoe teleologie en deontologie elkaar binnen de deugdenethiek ook op praktisch vlak ontmoeten. Een eerste evidente norm is dat ik genoemde rechten nooit mag schenden, want dat zou onrechtvaardig zijn, zeker wanneer het gaat om een recht op een fundamenteel goed zoals het leven van de menselijke persoon. Een tweede norm zegt me dat ik deze rechten naar vermogen moet realiseren. Naar vermogen, want aan menselijke mogelijkheden zijn altijd beperkingen verbonden. Ik mag het recht op leven van het ongeboren kind niet schenden door abortus provocatus te verrichten. Een andere vraag is hoe ik dat recht zoveel mogelijk realiseer. Hierbij komen de consequenties van mijn handelen weer om de hoek kijken. De katholieke instellingen voor maatschappelijk werk in Duitsland hebben jarenlang zonder formeel met abortus in te stemmen meegewerkt aan de 'Beratung' van ongewenst zwangere vrouwen vanuit de hoop zodoende onder de gegeven omstandigheden het leven van ongeboren mensen nog zoveel mogelijk te beschermen. Blijkbaar denkt de paus daar anders over, want hij heeft recent de Duitse bisschoppen verzocht ervoor te zorgen dat de katholieke consultatiebureaus niet langer de 'Scheine' voor abortus provocatus verstrekken, teneinde normvervaging om dit vlak te voorkomen. (9) Let wel: hij heeft het dringend verzocht, maar niet opgelegd. Op de vraag hoe rechten het best kunnen gerealiseerd bestaan er geen absolute antwoorden, ook niet binnen een christelijke ethiek.

Een minder beladen, maar daardoor niet minder duidelijk voorbeeld is dat van de patiënte met een infectie met een MRSA-bacterie, waarvoor zij zeer bevattelijk blijkt. Om besmetting van de andere bewoners van het verpleeghuis te voorkomen wordt zij geïsoleerd. Dit blijkt echter maanden te duren en de infectie keert steeds terug. Ook hier doet zich een moeilijke belangenafweging voor: de vrouw lijdt zeer onder haar isolement, maar de andere bewoners hebben recht op bescherming tegen infectie. Het is duidelijk dat de inschatting van ieders belangen een grote concrete feitenkennis veronderstelt, een kennis die niet alleen op statistieken en theoretische kennis is gestoeld, maar tevens op ruime persoonlijke ervaring en mensenkennis: in welke mate en hoe lang mag deze concrete vrouw door isolement worden belast? Moeten zij niet een zekere bewegingsvrijheid genieten en de daardoor optredende risico's worden tegengegaan met aanvullende maatregelen, ook al zullen die kosten met zich meebrengen? De centrale deugd die men nodig heeft om onder concrete omstandigheden

alle complexe factoren te overzien en na te gaan welke handelwijze geproportioneerd is aan het doel, hier het realiseren van het welzijn van patiënte en dat van haar medebewoners, is de prudentie, te vertalen met 'bezonnenheid' (ook wordt wel gesproken van 'voorzichtigheid'). Dit is een deugd van de praktische rede die de mens in staat stelt onder de concrete omstandigheden te realiseren wat het gewetensoordeel vraagt. Tevens impliceert deze deugd een vastberadenheid en beslistheid om de goede handeling te stellen.

b. De deugdenethiek als algemeen aanvaarde basis voor het publieke debat
Het hoeft geen betoog dat ik blij ben met de ruime aandacht die de deugden krijgen toegemeten in het boek Vérantwoord medisch handelen, (10) zij het dat in dit boek het perspectief van de handelend persoon (het 'actor-perspectief'), het 'handelings- perspectief' en het situatie-perspectief, waaronder de consequenties van de handeling zijn begrepen, nog tamelijk gescheiden naast elkaar worden gezet. Hoe dan ook, de deugdenethiek vindt nu eveneens in orthodox-protestantse kring waardering, iets wat in het verleden niet het geval was. Gezien de herleving van de deugdenethiek ook in katholieke kring onder invloed van de neoscholastiek vanaf het einde van de vorige eeuwen onder seculiere ethici vanaf de zeventiger en tachtiger jaren van deze eeuw mag misschien een tweede voordeel worden gesignaleerd: is de deugdenethiek voor het openbare debat over ethische kwesties in onze samenleving niet een goede objectieve en gemeenschappelijke basis, die voor mensen met een heel verschillende achtergrond aanvaardbaar is?

Zoals Boer in zijn recensie van genoemd boek opmerkt, stuit het christelijk begrippenapparaat in de huidige maatschappelijke discussie meestal op onbegrip. (11) De goddelijke deugden van geloof, hoop en liefde en normen afgeleid uit de Heilige Schrift kunnen niet zonder meer als argument worden aangevoerd. Anders ligt dat met de vier kardinale deugden, de bezonnenheid (prudentie), de rechtvaardigheid, de matigheid en de moed. Hierop kunnen christenen zich heel goed in het openbare debat beroepen, zonder dat zij hun uitgangspunten hoeven prijs te geven.

In ieder geval zou dit viertal van deugden zinniger algemene principes voor het publieke debat opleveren dan de principes van autonomie, van weldoen, van geen-kwaad-berokkenen en van rechtvaardigheid, het bekende viertal dat wel spottend de 'Georgetown mantra' is genoemd (12) (een mantra in een Hindoestaanse bezweringsformule en genoemd viertal is met name aan de Georgetown University te Washington sterk gepropageerd). Hoewel zij vrij algemeen worden gehanteerd, zijn zij vier volkomen formele en lege principes die geen enkele mogelijkheid bieden de houding van de handelend persoon, de daad en de gevolgen op een overtuigende wijze met elkaar te verbinden. Het in de praktijk zuiver procedurele karakter van deze principes kan mijns inziens alleen definitief worden overwonnen door de invoering van een welbegrepen deugdenethiek.

Dit artikel is een bewerking van de lezing op de mini-conferentie van 30 januari 1998 rond het boek 'Verantwoord medisch handelen' georganiseerd door de Stichting voor Reformatorische Wijsbegeerte.

Noten
1. H.Jochemsen, G. Glas, Verantwoord medisch handelen. Proeve van een christelijke medische ethiek, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1997.
2. Duitse Wetboek van Strafrecht § 218 b. In de nieuwe abortuswet die als gevolg van de hereniging van Oost- en West-Duitsland nodig was en op 25/26 juni 1992 in de Bondsdag is aangenomen, is de 'Beratungspflicht' gehandhaafd (§ 218 a en § 219). Zie "Alte und neue Abtreibungsgesetzgebung in Deutschland – ein Vergleich," Arzt und Christ, 38 (1992), nr. 3, pp.215-220.
3. C.D. Broad, Five types of ethical theory, London: Kegan Paul, Trench, Trubner & Co., 1948 (4e ed.)., pp. 206-216.
4. V. Platz, "Schwangerschaftskonfliktberatung – Begeleithilfe zum Leben oder Beihilfe zum Töten'," Artz und Christ, 37 (1991), nr. 3, pp. 209-218.

5. C. Welgraven, “Duitse bisschoppen eensgezind over onmogelijk compromis over abortus,” Trouw (1998), 28 januari, p. 10.
6. D. de Marco, The heart of virtue, San Francisco: Ignatius Press, 1996, p. 195.
7. Gregorius van Nyssa, Orationes de beatitudines, 1 (PG 44, 1200).
8. S.Thomas van Aquino, Summa Theologica I-II, proloog; 55, introductio en 2 ad 3; 68-70. Ambrosius legde reeds een directe relatie tussen de vier kardinale deugden en het aantal van vier zaligheden zoals door Lucas vermeld, zie Expositionis in Lucam Liber V, 49 (PL 15, 1734): “De heilige Lucas noemde slechts vier zaligheden (Lc. 6,20-22), Matheus daarentegen acht (Mt.5,3-1O); maar in deze acht zijn die vier, en in deze vier die acht gelegen. De eerste vatte deze vier als de kardinale deugden op, de tweede bewaarde in die acht een mystiek getal.”
9. Das Schreiben von Johannes Paulus II. an die deutschen Bischöfe vom 11.1.1998 zur Frage der Beratung in den katholischen Schwangerschaftsberatungsstellen, speciaal nr. 7 (http://www.uni-heidelberg.de/institute/fak5/igm/g47/bauerhds.htm).
10. H.Jochemsen, G. Glas, Verantwoord medisch handelen … , op. cit., pp. 134-139; 195-201.
11. Th. Boer, Pro vita humana 4 (1997), nr. 6, pp. 172-173.
12. H. Zwart, Ethische consensus in een pluralistische samenleving. De gezondheidsethiek als casus, Amsterdam: Thesis Publishers, 1993, p. 212.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Uw zorg mij’n zorg

Pro Vita Humana, 1997, nr. 5, p 109-114
door prof.dr. W.J. Eijk, is arts-filosoof-theoloog, docent ethiek en moraaltheologie aan de Grootseminaries Rolduc te Kerkrade en het St. Jans-Centrum te ‘s- Hertogenbosch

De titel ‘Uw zorg mij’n zorg’ zou, zeker in de gekozen spelling, het tegendeel kunnen suggereren van wat bedoeld is: ‘dat zal mij een zorg zijn’. Positief uitgelegd heeft de titel iets van het intrappen van een open deur. Uiteraard mag worden verwacht dat de zorg van de patiënt tevens de zorg is van artsen, verpleegkundigen, ziekenverzorgers, paramedici of maatschappelijk werkers. De vraag is echter hoe de ‘zorg’ waarmee de patiënt worstelt zich verhoudt tot de ‘zorg’ die medewerkers in de gezondheidszorg verlenen.

1. Mensvisie en zorgvisie

De gezondheidszorg als facilitair bedrijf
In zekere zin veranderen de instellingen voor gezondheidszorg naar het aanvoelen van velen in dienstverlenende bedrijven. Hierbij kan men iets bestellen dat men nodig heeft, ook als men niet ziek is.

Dit heeft alles te maken met de huidige lichaamscultuur, die een merkwaardige innerlijke tegenstrijdigheid impliceert. Enerzijds worden het lichaam en de perfectie daarvan als het hoogste goed ervaren. Anderzijds geldt het lichaam als een manipuleerbaar en maakbaar object, dat in zekere zin tegenover de persoon staat. Op treffende wijze brengt Renate Dorrestein dat tot uiting in het boekenweekgeschenk van dit jaar. Terwijl Cas voor zijn zwangere vrouw Xandra, die jarig is, het ontbijt klaarmaakt loop hij te mijmeren over het kind dat over enige tijd geboren zal worden. Het werd “honderd procent zeker een jongen, dat had de genderkliniek bij

aanvang van de peperdure behandeling gegarandeerd. Daarna een meisje, was hun plan, en dan nieuwe borsten voor Xandra … ” (1) Het verjaardagscadeau bestaat uit een nieuwe neus voor Xandra. Terwijl hij, in het besef dat zich weer een lange dag zonder voedsel voor hem uitstrekt, met een niet mis te verstane hunkering in zijn blik toekijkt hoe zij haar croissantjes eet, zegt ze bemoedigend: “‘Je mag vanavond zeshonderd calorieën’ … Zijn moeder had hem als kind vetgemest en een veelvraat van hem gemaakt, met haar pannekoeken en puddingen … In haar naar spekvet ruikende keuken had niets hem erop voorbereid dat het in de echte wereld draait om fysieke perfectie.” (2)

De gezondheidszorg is zo een dienstverlenend bedrijf geworden dat niet alleen faciliteiten biedt voor de genezing van ziekten, maar ook een aantal wensen vervult van mensen wier lichaam weliswaar gezond is, maar niet perfect wordt geacht en daarom verbetering behoeft. ‘Beter maken’ krijgt in plaats van ‘genezen’ de connotatie van ‘perfectioneren’. Naar verwachting zal deze trend zich in de toekomst verder voortzetten. De genetische screening en diagnostiek zullen ertoe leiden dat ‘gebreken’ al aan het licht kunnen worden gebracht nog lang voordat zij manifest zijn. De toepassing hiervan binnen het kader van de prenatale diagnostiek heeft nu reeds tot gevolg dat ‘imperfecte’ mensen vaak geen kans krijgen geboren te worden.

De cultuur van de maakbare mens impliceert tevens dat mensen die wel onder een aandoening gebukt gaan, ten aanzien van de gezondheidszorg irreële verwachtingen koesteren. Een ‘neen, ik kan niets meer voor u uitrichten’ wordt amper geaccepteerd. Zo noemt Job Olson, de grootvader van Cas, die veel last ondervindt van zijn prostaatlijden, zijn kwaal “een regelrechte bespotting van de menselijke waardigheid. Toch had die halfgare baviaan van een specialist ijskoud gezegd, terwijl hij zijn bleke, dunne handen waste: ‘U moet er maar mee leren leven’ … Hij had een operatieve ingreep verwacht, iets met laser, of anders tenminste een afdoende pillenkuur. Ze konden Siamese tweelingen scheiden, harten transplanteren, grote borsten kleiner maken en kleine borsten groter, ze vroren sperma in en brachten eicellen buiten de baarmoeder tot bevruchting. Elke flard en flinter van de mens kon worden gereviseerd, gerepareerd, geperfectioneerd; voor het hele bouwpakket waren nieuwe of sterk verbeterde onderdelen te krijgen, alleen Job Olson viste achter het net.” (3)

Wanneer de gezondheidszorg geen technische mogelijkheden meer in huis heeft om aan de behoeften te voldoen en de ontluistering van het lichaam niet kan tegenhouden, dan grijpt de cultuur van de maakbare mens steeds vaker naar de uiterste technische oplossing voor het lijden die nog rest: door levensbeëindigend handelen ‘maken’ dat de lijdende mens er niet meer is.

De verstrekte zorg als het geleverde product
Binnen de gezondheidszorg opgevat als facilitair bedrijf is de zorg van de hulpverlener tot op zekere hoogte te vergelijken met die van winkelier. Veelzeggend is in dit verband dat de verstrekte zorg wel wordt betiteld als het ‘geleverde product’.

Wie een koelkast koopt bij een winkelier in huishoudelijke apparatuur, vertrouwt zich in zekere zin toe aan diens zorg. Van zijn kant deelt de winkelier tot op zekere hoogte de zorg van de koper voor het behoud van diens voedingswaren. Hij heeft er ook zelf belang bij dat het geleverde product goed functioneert en aan de behoefte van de cliënt tegemoet zal komen, omdat zijn nering ermee gemoeid is.

In de gezondheidszorg, vooral in de psychiatrie, bestaat sinds de jaren zeventig een zekere trend niet meer van ‘patiënt’, maar van’ cliënt’ te spreken. De zieke wordt daardoor niet zozeer als een ‘lijdend mens’, de per definitie zwakkere partij bestempeld. Op deze wijze wil men de gelijkwaardigheid tussen de zieke en de zorgverlener benadrukken. Er is echter een keerzijde. Het spreken over cliënten bewerkt tegelijkertijd een zekere verzakelijking en objectivering in de verhouding tussen de patiënt en de zorgverlener: het suggereert onmiskenbaar een bepaalde afstandelijkheid. Binnen de gezondheidszorg als facilitair bedrijf waarin zorg als een product wordt afgeschilderd, hoeven de zorg van de hulpverlener en die van de cliënt elkaar niet echt te

raken. De wensen van de cliënt, vergroting van de borsten, verandering van de neus of een geslachtstransformatie zijn voor de zorgverlener in veel gevallen niet zonder meer invoelbaar. Dan is de zorg van de patiënt ten diepste niet de zorg van de hulpverlener. Diens zorg is in zo'n situatie enigszins te vergelijken met die van de leverancier van een product.

Een therapeutische en palliatieve gezondheidszorg
Anders ligt dat wanneer de gezondheidszorg primair wordt gezien als zorg voor de mens die onder lijden gebukt gaat, een patiënt in de echte zin van het woord. Hier bestaat een raakpunt tussen de zorg van de patiënt en die van de hulpverlener. Wie het lichaam niet ziet als een objectiveerbaar en manipuleerbaar object tegenover de persoon, maar als iets dat essentieel tot die persoon behoort, beseft dat hij door het lichaam de persoon zelf ontmoet en behandelt. Het lichaam is daardoor evenals de persoon geen manipuleerbaar object, waar men mee zou kunnen doen wat men wil. Is de gezondheidszorg daarvan doordrongen, dan is zij niet gericht op maakbaarheid en het reviseren en perfectioneren van lichamen, maar krijgt zij een therapeutisch en palliatief karakter.

Dit laatste moet niet worden opgevat als een pleidooi voor een zuiver somatische geneeskunde. Ook patiënten met een psychische problematiek worden primair in hun lichaam ontmoet. Niet zelden presenteren patiënten met psychische problemen zich in eerste instantie ook met lichamelijke klachten. Daar komt nog bij dat sommige psychische klachten ofwel met conversieverschijnselen ofwel met een aantoonbare somatische problematiek gepaard gaan, terwijl omgekeerd somatische ziekten psychische spanningen opwekken. De samenhang tussen psychische en somatische functies vindt haar bevestiging in de medicamenteuze behandeling van depressies en psychosen, doordat psychofarmaca de overdracht van neurotransmitters door de uiteinden van zenuwcellen in de hersenen beïnvloeden.

Wanneer men het lichaam ziet als essentieel onderdeel van de persoon, kan men in de gezondheidszorg trouwens niets anders doen dan de menselijke persoon in zijn totaliteit benaderen.

Binnen de gezondheidszorg als facilitair bedrijf hoeft de wens en dus de zorg van de cliënt helemaal niet dezelfde te zijn als die van de hulpverlener. De zorgen die ziek zijn met zich meebrengen zijn echter – details in de beleving ervan daargelaten – vergelijkbaar. Hier vinden de zorg van de patiënt en die van de hulpverlener een innerlijk raakpunt. Ook al lijdt de hulpverlener zelf niet aan de ziekte van de patiënt, toch kan hij zich diens zorg omtrent diens bedreigde gezondheid – al is het tot op zekere hoogte – invoelen. Binnen een therapeutische en palliatieve gezondheidszorg kan de zorg van de patiënt daadwerkelijk die van de hulpverlener zijn.

2. De 'gewonde genezer'

Het staat me nog levendig voor de geest hoe ik als pas afgestudeerd arts nog de dag van de eedaflegging een esculaapteken in mijn auto aanbracht, dat ik als co-assistent van een artsenbezoeker had gekregen en zorgvuldig bewaard tot 'het grote moment'. Zoals, denk ik, de meeste artsen was ik echter totaal niet doordrongen van de diepere betekenis ervan.

Aesculapius en de Hippocratische traditie
Het esculaapteken, een staf met een slang erom gekronkeld, was het attribuut van Aesculapius. Volgens een van de mythen rond zijn persoon raakt deze god van de geneeskunde (de zoon van Apollo en Coronis) gewond nog voordat hij geboren is. Omdat Coronis Apollo ontrouw is geweest, schiet Artemis (de tweelingzuster van Apollo en godin van de jacht) een pijl op haar af, terwijl zij nog zwanger is. Uiteindelijk belandt Coronis op de brandstapel waartoe zij veroordeeld is. Apollo haalt echter Aesculapius uit de moederschoot en redt hem uit de vlammen. Daarna wordt hij ter opvoeding toevertrouwd aan Chiron, een centaur (een wezen met het bovenlijf

van een mens en het onderlijf van een paard). Deze Chiron, die zelf aan een ongeneeslijke wond lijdt, beoefent de geneeskunde. Zo vindt Aesculapius in Chiron een bijzondere leermeester op dit vakgebied. Deze is zelf een ‘gewonde genezer’, die als geen ander in staat is Aesculapius te helpen met het lijden vertrouwd te raken en daarin uitzicht en genezing te brengen. (4) Aan de mythe van Aesculapius ligt de gedachte ten grondslag dat juist hij de god der geneeskunde is, die zelf het lijden kent.

Conde (gedelegeerde van het aartsbisdom Madrid voor het pastoraat in de gezondheidszorg) noemt enkele teksten uit de Hippocratische traditie, die een vergelijkbare gedachte tot uiting brengen. (5) Een pregnant voorbeeld hiervan is het volgende citaat uit *De flatibus*: “Met andermans pijn oogst de medicus zijn eigen leed.” (6) De arts maakt zich de pijn of zorg van de zieke eigen en zijn zorg voor de zieke doet hem zelf lijden. Een tweede citaat uit *De arte* maakt duidelijk wat het doel daarvan is: “Het doel van de geneeskunde is zieke mensen te bevrijden van lijden, de acute aanvallen van ziekte te verlichten en zich niet in te laten met de behandeling van hen die door ziekte overmand zijn, dat wil zeggen in situaties waarin bekend is dat de wetenschap en de beoefening van de geneeskunde praktisch gezien niets kunnen uitrichten om de patiënt te helpen.” (7)

Dit laatste citaat verraadt het naturalisme van de Hippocratische school. De zorg van de arts strekt zich uit voor zover zijn medisch kunnen effectief is. Is dit niet langer het geval, dan wordt de ziekte niet alleen in medisch-technisch maar ook in religieus opzicht ongeneeslijk geacht. Het instellen van behandeling zou dan ’tegennatuurlijk’ zijn.

Christendom en persoonsbegrip

Het is pas door de Christelijke Openbaring dat niet alleen theologen, maar ook filosofen het persoonsbegrip hebben leren kennen. De mens, geschapen naar Gods beeld en gelijkenis en daardoor een persoon, vertegenwoordigt een waarde die ver boven de waarde van elk ander wezen in deze wereld uitgaat. Deze visie op de menselijke persoon leidt al in de eerste eeuwen van het Christendom tot een intensieve aandacht en zorg voor de zieke medemens die zich niet beperkt tot wat medisch-technisch mogelijk is, maar zich tevens uitstrekt tot hen wier aandoening ongeneeslijk is. De inspiratie daartoe vormt de intense wijze waarop de grote ‘Gewonde Genezer’ Jezus Christus zich met de lijdende mens identificeert. Als Hij de rechtvaardigen in Zijn koninkrijk zal binnenlaten, zal hij daarvoor als reden opgeven dat zij Hem te eten hebben gegeven toen hij honger had en te drinken bij dorst, als vreemdeling opgenomen, bezocht toen hij ziek was of in de gevangenis opgesloten. Op hun vraag wanneer zij dat dan hebben gedaan, zal Hij antwoorden: “Voorwaar, Ik zeg u: al wat gij gedaan hebt voor een dezer geringsten van mijn broeders hebt gij voor Mij gedaan” (Mt.25,40). Hun zorgen waren ook Zijn zorgen, omdat ieder mens in de ogen van zijn Schepper en Verlosser een unieke, onherhaalbare waarde is.

Valse pathetiek?

De grondleggers van de wetenschappelijk gezondheidszorg zagen zichzelf als deelnemers in de pijn en het lijden van hun patiënten. Bij een dergelijke uitspraak kunnen mensen uit het ‘no-nonsensetijdperk’ de wenkbrauwen fronsen. Klinkt dat niet als een overmoedig ideaal uit de Romantiek of – erger nog – is het geen valse pathetiek?

De directe ervaringen en reacties van de werker in de gezondheidszorg op wat hij in zijn werk tegenkomt, wijzen uit dat dat niet het geval is. Wat gaat door hem of haar heen bij het zien van een oudere patiënt met diepe ulcera tot op de spieren en zelfs tot op het bot aan beide hielen, onder- en bovenbenen en het heiligbeen.

Wanneer wij de aandoeningen van anderen zien, passen we die spontaan toe op ons zelf: ‘stel dat ik daar lag en zoiets had’.

Deze spontane reactie kan ertoe leiden dat de arts of verpleegkundige zich iets van het lijden van de patiënt eigen maakt.

Zich voor deze identificatie met de patiënt totaal afsluiten werkt averechts: het is voor de patiënt een uitermate vervelende ervaring, als hij te maken krijgt met een medewerker in de gezondheidszorg die hem niet begrijpt of zich voor hem afsluit. De specialist die tegen Job Olson zegt: “U moet er maar mee leren leven,” zegt eigenlijk: ‘uw probleem is niet mijn probleem, zoek het maar uit, maar laat mij er alstublieft buiten’. Dit is het grote risico van de gezondheidszorg opgevat als facilitair bedrijf: is iets niet meer ‘maakbaar’ of ‘herstelbaar’, is als het ware het gewenste product niet meer leverbaar, dan houdt de interesse voor de cliënt op. Dan is diens zorg niet meer de zorg van de hulpverlener.

Geen taboes meer?
Of de hulpverlener zich in de patiënt kan verplaatsen, hangt voor het grootste deel af van de mate waarin hij zijn eigen lijden onder ogen kan zien. Mensen kunnen er prat op gaan dat alle taboes in onze samenleving sinds de jaren zestig zijn overwonnen. Meestal denken zij dan aan het overboord werpen van taboes op seksueel gebied. Dit is echter een eenzijdige voorstelling van zaken, want er zijn andere taboes voor in de plaats gekomen. Zeker op het gebied van lijden en dood bestaan er hardnekkiger taboes dan ooit. Er oud uitzien vervult menigeen met afgrijzen. Binnen deze taboesfeer speelt het lichaam een centrale rol. Had angst vroeger vaak een geestelijke achtergrond in de vorm van schuldgevoelens, nu wordt de mens vooral beheerst door angst voor de risico’s op lichamelijk gebied die niet minder is dan de angst waar mensen in het verleden onder gebukt gingen, aldus de Belgische filosoof Herwig Arts: “Volkspredikanten van vroeger maakten de mensen bang voor de gevaren die de ziel bedreigden. Moderne diëtisten, dokters en populaire gezondheidsprofeten hebben thans de fakkel overgenomen: zij jagen de mensen de schrik op het lijf voor gevaren die het lichaam bedreigen (uiteraard afgezien van waarschuwingen tegen risico’s voor de gezondheid als zinvolle preventie, E.), men denke aan hypertensie, longkanker, pollutie enz., … de ziel heeft plaatsgemaakt voor het lichaam, de eeuwige toekomst voor het immediate nu en de gewetensangst voor de faalangst inzake sociaal succes.” (8)

In de boven geciteerde roman van Dorrestein komt het lichaam naar voren als het belangrijkste statussymbool van de moderne mens. Ook hierin komt de objectivering van het menselijk lichaam naar voren. Het is zoals de werkkring, de woning, de auto en de vakantie een middel om zich de erkenning van anderen te verwerven. Voor de perfectionering van het lichaam zijn velen tot een aanzienlijke vorm van ascese bereid. Cas Olson krijgt geen ontbijt en geen lunchpauze, maar ’s avonds een afgemeten hoeveelheid van 600 kilocalorieën. Als Cas zich daar niet aan houdt, dan kan hij – ofschoon hij een ‘coming man’ is – niet meer concurreren met de jongemannen van 18 in het bedrijf met hun prachtige lichamen. Bruin zijn, gespierd zijn, slank zijn door fitnesstraining en dieet zijn het ideaal van niet weinigen.

Binnen een zodanig streven naar perfectionering van het lichaam komt elke vorm van verval en veroudering – om de woorden van Job Olson te gebruiken – over als een “regelrechte bespotting van de menselijke waardigheid.” Een arts of verpleegkundige die zelf worstelt met een taboe op lichamelijke onvolmaaktheid, lijden en dood, kan daar met de patiënt niet open over communiceren. Wil de zorg van de laatste ook de zorg van de hulpverlener kunnen zijn, dan zal die hulpverlener de eigen onvolmaaktheid, tegenslag, lijden en dood op een of andere manier in zijn eigen leven een plaats moeten kunnen geven, oftewel bewust integreren in het geheel van zijn leven.

Solidariteit en sympathie
Als dat gebeurt, dan kan er tussen de medewerker in de gezondheidszorg en de patiënt een band van vertrouwen en wederzijds begrip, een vorm van solidariteit ontstaan, die op zich therapeutische waarde heeft. Als het goed is, is voor een medewerker in de gezondheidszorg, aldus het door de Pauselijke Raad voor het

Pastoraat in de Gezondheidszorg uitgegeven Handvest: “de zieke nooit alleen maar een klinisch geval – een anoniem individu, op wie men de vrucht van zijn kennis moet toepassen -, maar te allen tijde een zieke mens ten opzichte van wie men een oprechte houding van sympathie, in de etymologische betekenis van het woord, moet aannemen. En dit vereist liefde: beschikbaar zijn, begrip, deelneming, welwillendheid, geduld, dialoog. Wetenschappelijke en professionele bekwaamheid zijn niet voldoende, een persoonlijke betrokkenheid bij de concrete situatie van elke patiënt is nodig.” (9)

Het woord ‘sympathie’ betekent etymologisch gezien ‘meevoelen’. Het gaat hierbij om de verwantschap of verbondenheid die personen met elkaar hebben en waardoor ze elkaars zorgen delen.

Hierin wordt tevens manifest dat het woord patiënt, letterlijk vertaald ‘de lijdende’, geen gebrek aan respect hoeft in te houden. Wanneer de hulpverlener ook zichzelf als lijdende mens onder ogen durft te komen, kan een vorm van solidariteit en sympathie groeien die beiden – althans in dit opzicht – op gelijk niveau plaatst.

3. Hoe kan lijden van de patiënt ook dat van de hulpverlener zijn?

Wat moet men zich voorstellen bij dat overgaan van het lijden van de patiënt in dat van de hulpverlener? Ik noem eerst twee manieren waarop dat beslist niet kan. Begrip, sympathie en solidariteit zijn geen zaken die uitdrukkelijk hoeven te worden geuit. Probeert men dat langs de weg van het non-verbale gedrag, bijvoorbeeld door schouderklopjes of het vasthouden van de hand, op onaangepaste wijze – niet iedere patiënt is hetzelfde – dan kan dat overkomen als een trucje of techniek om hem te winnen. Het hoeft geen betoog dat zoiets averechts werkt. Het uiten langs verbale weg kan hetzelfde resultaat opleveren. Wie suggereert dat hij een oudere met hemiplegie en motorische afasie begrijpt, terwijl dat niet het geval is, wekt argwaan of irritatie.

Een andere misvatting wordt mogelijk opgeroepen door het beeld van de ‘gewonde genezer’ uit de mythe van Aesculapius en door de uit de Hippocratische traditie geciteerde teksten: iemand zou eerst alles zelf aan de lijve moeten hebben ervaren, wil hij een ander effectief kunnen helpen. ‘Als je niet zelf hebt meegemaakt, weet je niet wat het is’, zo verzucht een vrouw met multiple sclerose die praktisch al haar spulletjes thuis moet achterlaten en haar privacy voor een groot deel verliest, doordat ze de rest van haar leven in een verpleeghuis moet doorbrengen. Zij heeft in zekere zin gelijk. Wij kunnen nooit helemaal in de huid van een ander kruipen en moeten ook niet de illusie wekken dat we dat zouden kunnen. Helemaal gelijk heeft ze echter niet. Het lijden is onder te verdelen in bepaalde soorten met een gemeenschappelijke noemer. We kennen het lichamelijk lijden (vooral pijn), het psychisch lijden (met als voornaamste vormen angst en vereenzaming) en het sociale lijden (in de vorm van miskenning en verlies aan sociaal prestige). Wie geen chronische pijn heeft, kan zich niet geheel voorstellen wat dat betekent, maar heeft zelf allicht weleens pijn geleden. Tevens zal de vrees niet meer mee te tellen alsook het psychische lijden in de vorm van angst niemand van ons totaal onbekend zijn.

4. Vereisten

In een advertentie waarin mensen worden opgeroepen te solliciteren naar een vacature, worden de noodzakelijke vereisten vermeld. Wat is vereist om de zorg van de patiënt tot je eigen zorg te maken?

Veel geleden hebben betekent niet automatisch een goede hulpverlener zijn. Lijden kan ook een beschadigende invloed op mensen uitoefenen. Wie door het lijden dat hij tegenkomt, totaal dichtklapt, kan die ervaringen met anderen niet delen. Het kan ook zijn dat de innerlijke leegte door het gebrek aan erkenning dat men van anderen ondervindt of meent te ondervinden, iemand ertoe brengt voor anderen te ‘zorgen’. Zo iemand maakt zich niet de zorg van de ander eigen, maar is feitelijk bezig voor zichzelf te zorgen. De patiënt wordt dan middel tot bevrediging van de eigen onvervulde behoeften aan affectie en erkenning door anderen, waardoor zorg gemakkelijk een klemmend en claimend karakter krijgt. Tegelijkertijd stelt zich natuurlijk de eis dat men

wanneer men zich de zorg van anderen eigen maakt, dat doet met respect voor hun intimiteit.

Karaktereigenschappen
Kortom, ook hier zal het juiste midden tussen te grote afstandelijkheid en te grote intimiteit, tussen een te gesloten en een te weinig discrete benadering, tussen een zich totaal afsluiten voor de zorgen van de patiënt en er als hulpverlener teveel onder gebukt gaan de aangewezen weg zijn. De weg die de klassieke filosofen, Socrates, Plato en Aristoteles en in hun kielzog een groot deel van de westerse filosofen vanuit een schat aan eeuwenlange wijsheid hebben gewezen, is de vorming van het karakter door de verwerving van de kardinale deugden: bezonnenheid, rechtvaardigheid, moed en matigheid. Ook hier moet voor een misvatting worden gewaakt: het gaat hier niet om de karikatuur van de deugden die ethici sinds de achttiende eeuw hebben opgeroepen. Zij degradeerden deugden tot burgermansfatsoen of conformisme. Evenmin gaat het om de mens die door de vorming van deugden 'perfect' zou zijn. De zogenaamd perfecte mens is voor anderen, helemaal voor zieken, niet zelden een tiran. De deugden in klassieke zin zijn morele karaktereigenschappen die de mens een innerlijk evenwicht, een harmonie en ordening in zijn innerlijk, zijn zijn en zijn gevoelsleven geven en daardoor tevens in zijn uiterlijk optreden. Dit is wat de mens nodig heeft om op adequate wijze zijn eigen feilen, zwakheden, tegenslagen en teleurstelling in zijn leven te integreren en deze daardoor voor anderen en zichzelf vruchtbaar te doen worden.

Professionaliteit
Daarmee zijn we er nog niet. Moeder Theresa van Calcutta, die de zorg voor aan hun lot overgelaten stervenden en andere verschoppelingen op zich heeft genomen en daardoor ook in niet-christelijke kringen groot aanzien geniet, zal zeker in hoge mate genoemde deugden hebben ontwikkeld. Zou men haar – afgezien van haar hoge leeftijd en tanende gezondheid – aanstellen tot hoofd van een afdeling van een verpleeghuis ergens in Nederland, dan zou succes niet zonder meer gegarandeerd zijn. Naast de integratie van het eigen lijden en de ontwikkeling tot een innerlijk harmonieuze persoonlijkheid is ook professionaliteit een noodzakelijke vereiste voor een goede medewerker in de gezondheidszorg.

Uit wat tot nu toe over de cultuur van de maakbare mens is gezegd, mag niet de conclusie worden getrokken dat er met medisch-technisch kunnen op zich iets mis zou zijn. De techniek is een middel waarmee heel veel, zeker lichamelijk lijden tot draagbare proporties kan worden teruggebracht. Waar het om draait is dat het de mens is die de techniek moet beheersen, en niet de techniek de mens. Wordt techniek het doel, dan worden de mens en zijn lichaam geofferd aan elk ideaal dat door technisch kunnen in het vooruitzicht wordt gesteld. Bij therapeutische en palliatieve toepassingen van technieken blijft daarentegen de mens het doel, mits de wijze raad van het derde citaat uit de Hippocratische geschriften opgevolgd wordt. Deze houdt in dat – in hedendaagse terminologie – ongeproportioneerde vormen van medische behandeling niet aan mensen worden opgedrongen en dat zeker van behandeling wordt afgezien, als de verhoudingen tussen de voor- en nadelen ervan disproportioneel zijn.

Besluit
Medewerkers in de gezondheidszorg tonen zich als echte practici soms wars van 'abstracte ethische verhalen'. Hieruit blijkt dat zij zich onvoldoende realiseren hoe nauw mensvisie, cultuur en zorgvisie met elkaar samenhangen. Zich hiervan bewust worden is de eerste en noodzakelijke stap op weg naar een goede en adequate zorgvisie.

Dit artikel is een bewerking van een lezing gehouden tijdens het symposium (Uw zorg mij'n zorg) georganiseerd door de sectie Young Health Professionals van de stichting SOKA in het conferentieoord Zonnewende te Moergestel op 22 maart 1997.

Noten

1. R. Dorrestein, Want dit is mijn lichaam, Uitgeverij Contact/Stichting Collectieve Propaganda van het Nederlandse Boek, 1997, p. 27.
2. Ibid., pp. 29-30.
3. Ibid., pp. 51-52.
4. Reallexikon fur Antike und Christentum, s.v. “Asklepios.”
5. J. Conde, “Suffering and the Meaning of Life,” Dolentium Hominum 11 (1996), nr. 1, p. 128.
6. De Flatibus, I, 7-8, in: Hippocrates, transl. WH.S. Jones, London: William Heinemann, 1923, vol. 11, pp. 226/227.
7. De arte, 111, 6-10, in: Hippocrates, op. cit., vol. 11, pp. 192/193.
8. H. Arts, Waarom moeten mensen lijden?, Leuven: Davidsfonds, 1993 (2e herziene uitgave), p. 36.
9. Pauselijke Raad voor het Pastoraat in de Gezondheidszorg, Handvest van de werkers in de gezondheidszorg, Oegstgeest: Colomba, 1995, nr. 2, pp. 12-13 (=Publicaties van de Stichting Medische Ethiek, nr. 3).

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Mag ik of moet ik na mijn dood mijn organen afstaan ten behoeve van de zieke medemens?

Pro Vita Humana, 1996 (3), nr. 6, pp 169-173
door prof.dr. W.J. Eijk, arts-filosoof-theoloog, priester, docent ethiek en moraaltheologie aan de Grootseminsaries Rolduc te Kerkrade en het St. Janscentrum te ‘s-Hertogenbosch

Is postmortale orgaandonatie – gezien het grote tekort aan donororganen – niet eerder een kwestie van *moeten* dan van *mogen*? Voor we ons aan de bespreking van deze problematiek zetten, is het goed eerst stil te staan bij de voorwaarden waaronder postmortale orgaandonatie in zich geoorloofd is.

1. De zekerheid van de dood
Een eerste eis is dat organen pas uit het lichaam mogen worden verwijderd, nadat de dood met zekerheid is vastgesteld. De klassieke criteria hiervoor zijn hart- en ademstilstand. Zou men echter met het uitnemen van sommige organen wachten tot volledige hart- en ademstilstand is ingetreden, dan zijn zij reeds onbruikbaar voor transplantatie. Daarom zal – hoe paradoxaal dat ook moge klinken – explantatie moeten plaatsvinden op een moment dat de bloedsomloop en de ademhaling nog intact zijn, terwijl de patiënt desalniettemin overleden is. Een dergelijke situatie kan zich voordoen bij mensen die als gevolg van een hersentrauma of een ernstige hersenbloeding in coma zijn geraakt en kunstmatig worden beademd. Onder normale omstandigheden wordt het moment van overlijden gemarkeerd door de definitieve uitval van de spontane ademhaling. Tenzij het om een cardiale dood gaat, valt eerst de ademhaling weg, waardoor de overige organen, met name het hart, door zuurstofgebrek niet langer kunnen functioneren. Bij kunstmatige beademing kan het voorkomen dat de patiënt het vermogen om zelfstandig adem te halen definitief verloren heeft en dus overleden is, terwijl het zuurstofgehalte van het bloed op peil is, het hart nog klopt en de huid warm aan voelt.

De spontane ademhaling is definitief uitgevallen, wanneer het ademcentrum onherstelbaar is beschadigd. Dit bevindt zich in de hersenstam, het gedeelte van het centraal zenuwstelsel dat het ruggemerg en de grote hersenen met elkaar verbindt. Een zeker teken van de definitieve uitval van de hersenstam, inclusief het

ademcentrum, is de afwezigheid van de reflexen die over de hersenstam lopen. Hieronder vallen onder meer de slikreflex, de hoestreflex, de pupilreactie op licht, de corneareflex en de vestibulo-oculaire reflex.

Het onomkeerbare verlies van de functie van de hersenstam correspondeert met het klassieke doodscriterium van de hart- en ademstilstand en staat daarom gelijk aan de dood van betrokkene. Omdat de uitval van de hersenstam automatisch de uitval van de grote hersenen met zich meebrengt, wordt hier van totale hersendood gesproken.

Dit criterium hangt samen met de visie dat een levend wezen altijd een organisch geheel is waarvan de delen met elkaar zijn geïntegreerd. Valt bij de mens het bezielend beginsel van zijn leven weg, dan sterft hij. Zoals bij een lijk valt te constateren, kunnen enkele cellen in het lichaam zich nog delen en gaat de baardgroei nog een paar dagen door. Doordat de stofwisseling van de afzonderlijke delen van het lichaam niet direct tot stilstand komt, tonen zij nog tekenen van leven. Zij werken echter afzonderlijk van elkaar, zodat het lichaam geen gecoördineerd en geïntegreerd geheel meer is. Zodra het vermogen tot spontane ademhaling definitief is uitgevallen, vervalt het vermogen van het lichaam om als gecoördineerd en geïntegreerd geheel te functioneren en is de patiënt overleden. Om deze reden staat de totale hersendood, die de irreversibele uitval van het ademcentrum impliceert, gelijk aan de dood van de patiënt. Is de totale hersendood vastgesteld, dan mogen de organen uit het lichaam worden verwijderd voor transplantatiedoeleinden.

De Wet op de orgaandonatie (art. 14, 2) eist dat voor het vaststellen van de dood bij beademde orgaandonoren het totale hersendoodcriterium wordt gehanteerd. (1) Hierover bestaat zowel in protestantse (2) als katholieke kringen (3) consensus.

Af te wijzen valt daarentegen het gebruik van het criterium van de partiële hersendood, dat midden jaren zeventig door onder meer Veatch (4) werd geïntroduceerd. Volgens dit criterium kan een mens dood worden verklaard, wanneer de functies van slechts een gedeelte van de hersenen, de grote hersenen, definitief zijn uitgevallen, ook al is de spontane ademhaling nog intact. Het partiële hersendoodscriterium hangt samen met de neokantiaanse mensvisie die stelt dat menselijke wezens alleen als menselijke personen kunnen worden beschouwd, als zij tot rationele activiteit en sociale communicatie in staat zijn. Dit komt er feitelijk op neer dat het persoon zijn van de mens tot bepaalde hersenfuncties wordt herleid (5). Bij uitval van de hogere hersendelen zou hooguit een menselijk wezen overblijven, maar de persoon als zodanig overleden zijn en zouden zijn organen mogen worden geëxplanteerd.

Het fundamentele probleem van de neokantiaanse mensvisie betreft het feit dat zij een dualisme impliceert. Zij kan de menselijke persoon niet als een eenheid verklaren, doordat zij een scherpe wig drijft tussen enerzijds het menselijk wezen, de biologisch natuur van de mens, en anderzijds de menselijke persoon, die wordt gereduceerd tot enkele geestelijke functies van hogere hersendelen. Bovendien moet men de consequenties die aan deze mensvisie zijn verbonden, niet onderschatten. Omdat bij anencefalen de grote hersenen niet zijn aangelegd, zouden zij geen menselijke personen zijn met alle rechten van dien en bijgevolg als bron van transplantatieorganen kunnen worden benut. Hetzelfde zou, als men de lijn verder doortrekt, gelden voor langdurig comateuze patiënten bij wie een partiële hersendood is vastgesteld. De vereenzelviging van het persoon zijn met bepaalde hogere hersenfuncties zou er zelfs toe kunnen leiden dat dementen en geestelijk gehandicapten, wier hersenfuncties zijn aangetast, niet als volwaardige personen worden beschouwd.

2. Maatregelen om de organen in goede conditie te houden
Normaal is een infauste prognose een reden tot abstineren. Is de betrokken patiënt echter een potentiële donor, dan zal de kunstmatige beademing worden voortgezet, totdat de totale hersendood is vastgesteld. Tevens wordt soms om tijd te winnen al bloed afgenomen voor een HLA-weefseltypering om te zien welke eventuele orgaanontvanger het meest in aanmerking zal komen en om bepaalde infecties, zoals AIDS en hepatitis-B of -C,

die van de donor op de ontvanger zouden kunnen worden overgedragen, uit te sluiten.

De vraag is of het lichaam van de nog levende donor op deze wijze niet wordt geïnstrumentaliseerd om zijn organen in een zo optimaal mogelijke conditie aan de eventuele ontvangers aan te bieden. Een antwoord hierop kan in de deugdenethiek worden gevonden. Een moreel goede handeling leidt bij herhaling tot een moreel goede karaktereigenschap bij de handelend persoon. Dit is de weg waarlangs een mens kan uitgroeien tot een bezonnen, moedige en rechtvaardige persoon met innerlijk zelfbeheersing en integratie, die met zijn medemensen solidair is. Dit maakt duidelijk dat de persoon ook altijd zelf het doel is van de moreel goede handeling. De orgaandonatie is een solidaire handeling uit naastenliefde. Alle handelingen die een integraal onderdeel van de orgaandonatie uitmaken, hebben daardoor tevens de donor tot doel. Voorwaarde is uiteraard dat de betrokkene zelf voor orgaandonatie heeft gekozen en daar zijn instemming mee heeft betoond. Anders kan van een moreel goede handeling in de zin van een gave geen sprake zijn. Heeft de persoon zelf toestemming voor orgaanexplantatie gegeven of althans hier geen bezwaar tegen aangetekend nadat hij uitdrukkelijk voor een keuze is gesteld, dan zijn genoemde preserverende handelingen zonder meer geoorloofd. Hetzelfde is het geval, als hij de beslissing daarover in handen van de nabestaanden heeft gelegd en deze toesteming hebben gegeven. Mocht hij zelf geen toestemming hebben gegeven of zijn nabestaanden daartoe gemachtigd hebben, dan is orgaandonatie geen vrijwillige gave en dus ook geen uiting van de deugd van solidariteit of broederliefde. In dat geval lijkt mij de toepassing van niet-therapeutische maatregelen die alleen tot doel hebben de eventuele donororganen te preserveren, moeilijk te rechtvaardigen.

3. Mogen of moeten?
De vraag of ik na mijn dood mijn organen mag of moet afstaan ten behoeve van medemensen in nood, kan twee kanten opgaan. Hieronder kan worden verstaan dat ik mijn organen na de dood moet afstaan, omdat anderen na mijn dood over mijn lichaam beschikkingsrecht hebben. Er kan ook mee worden bedoeld dat er voor mij een strikte morele verplichting bestaat om mijn organen na mijn dood ter beschikking te stellen.

De rechten van de gemeenschap
Toen tijdens de discussie over het voorstel Wet op de orgaandonatie het CDA tot ieders verrassing ineens voor het geen-bezwaar-systeem ging pleiten, bracht het Tweede Kamerlid Ad Lansink voor deze partij als argument naar voren: “Wij zijn niet van onszelf maar van elkaar.” (6) Een stap verder gaat de gedachte dat het belang voor degene die op de wachtlijst voor orgaantransplantatie staan, zo evident en urgent is dat de gemeenschap organen ook tegen de wil van de overledene, zoals hij die tijdens zijn leven heeft geuit, zou kunnen opeisen. Met name in de Verenigde Staten zijn juridische procedures aangespannen door mensen die een orgaan nodig hadden, om familieleden ertoe te dwingen een gepaard orgaan als de nier of bijvoorbeeld botweefsel voor transplantatie ter beschikking te stellen. (7) In geen enkele uitspraak is deze eis toegekend, maar de gedachte dat organen van anderen kunnen worden opgeëist blijkt in sommige kringen wel te leven. Een meer genuanceerde opvatting leeft onder Duitse juristen die menen dat noodtoestand in de zin van een belangen- of plichtenconflict orgaanexplantatie kan rechtvaardigen. Het belang van de ontvanger zou prevaleren boven het recht op integriteit van het lijk, dat nooit absoluut kan zijn, tenzij de overledene zelf vóór zijn dood of zijn familieleden tegen orgaanuitneming bezwaar zouden hebben geuit. (8) Wel zeer ver gaat de opvatting van de Italiaanse moraaltheoloog Ciccone, die een wet waardoor het uitnemen van organen tegen de wil van de overledenen mogelijk wordt, ziet als een “legitieme interventie om zeer nadelige consequenties voor het leven van anderen te voorkomen, die voortvloeien uit de vooroordelen en verkeerde inzichten van sommigen.” (9) Komen we echter zo niet op het terrein van de collectivistische ethiek, die de mens niet alleen op het vlak van zijn handelen, maar ook op dat van zijn zijn aan het belang van de maatschappij ondergeschikt acht? De maatschappij heeft niet het recht over haar leden als zuiver middel tot een doel te beschikken. Menselijke

personen mogen bijvoorbeeld niet als proefpersonen in medische niet-therapeutische experimenten, waarvan zijzelf geen doel zijn, worden gebruikt, ook al zal de erdoor verworven medische kennis bijdragen tot de ontwikkeling van nieuwe geneeswijzen, waarvan toekomstige generaties de vruchten zullen plukken.

Het lichaam is na de dood weliswaar niet langer de drager van de menselijke persoon, zodat het tot op zekere hoogte een instrumenteel goed is, maar dat neemt niet weg dat het lijk een bijzondere band met de betrokken persoon houdt. Dit geldt in het bijzonder voor hen die in de verrijzenis van het lichaam geloven. Echter de piëteit voor het dode lichaam dat een intrinsiek goed van de persoon is geweest, en het respect voor de gevoelens van de nabestaanden volstaan om een vrij en onbeperkt beschikkingsrecht van de samenleving over de bestemming van de organen na de dood uit te sluiten.

Een morele verplichting tot orgaandonatie?
Als de gemeenschap orgaandonatie dan niet kan afdwingen, bestaat er dan niet minstens een strikte morele verplichting om op eigen initiatief organen na de dood ter beschikking te stellen?

Sommigen zijn geneigd om deze vraag bevestigend te beantwoorden, vanuit de overweging dat het volkomen “irrationeel” of “absurd” zou zijn organen na de dood in het graf te laten vergaan of te laten cremeren, terwijl die voor anderen zo broodnodig zijn. Het recht van de ontvanger op de organen van de ontvanger zou zelfs met het recht op voedsel vergelijkbaar zijn. (10)

Als een ander *recht* op mijn organen zou kunnen doen gelden, dan zou er voor mij inderdaad een strikte plicht bestaan om daaraan gehoor te geven. Zo simpel ligt het echter niet. Iedere mens heeft recht op een aantal goederen, zoals voedsel en behuizing, die voor zijn levensonderhoud noodzakelijk zijn, maar dit zijn extrinsieke goederen. Niemand kan recht doen gelden om mijn intrinsieke goederen, zoals mijn lichaam of mijn sexuele vermogens. Een analogie tussen het recht op voedsel en het (vermeende) recht op donororganen gaat dan ook niet op.

De conclusie is dat orgaandonatie een moreel goede, maar niet strikt verplichte handeling is. Niet alles wat moreel goed is, is strikt verplicht. Orgaandonatie valt dan ook zonder meer onder de deugd van de naastemiefde of solidariteit en niet onder die van de rechtvaardigheid. Het is een kwestie van mogen en niet van moeten.

4. Geen ruimte voor bezwaren?
Al is orgaandonatie op zich een prijzenswaardige zaak, toch is daarmee niet elk bezwaar van de baan. De Wet op de orgaandonatie stelt het gebruik van anencefalen en van embryonaal of foetaal weefsel voor transplantatie strafbaar, maar noemt verder geen restricties ten aanzien van de organen die mogen worden geschonken en getransplanteerd (art. 32, 2, c-d).

Van een aantal organen, met name de hersenen en de geslachtsorganen, kan men zich echter in rede afvragen of donatie en transplantatie ervan wel wenselijk of zelfs geoorloofd is.

Met de transplantatie van delen van het voorstadium van de hersenen, de neurale buis, zijn bij dieren opmerkelijke resultaten geboekt. Kippen waarvan de hersenen op deze wijze het gehele mesencefalon en diencefalon van Japanse kwartels bevatten, konden kraaien als jonge kwartels (11). Een eerste aanzet tot hersentransplantatie waren experimenten waarin het hoofd van de ene aap met de bloedsomloop van de romp van een andere aap werd verbonden. (12) Omdat het zenuwstelsel na het embryonale stadium geen vermogen tot regeneratie meer heeft en dientengevolge de getransplanteerde hersenen en de zenuwbanen in het ruggemerg van de donor niet aan elkaar kunnen vastgroeien en zo met elkaar contact krijgen, lijkt transplantatie van de hersenen in hun geheel onmogelijk.

Anders ligt dat met de transplantatie van delen van de hersenen. De transplantatie van weefsel uit de substantie nigra van foetussen heeft bij mensen met de ziekte van Parkinson veelbelovende resultaten opgeleverd, al zal nog een lange weg moeten worden afgelegd voordat dit een standaardtherapie zal zijn. (13) Andere ziekten waarbij de transplantatie van hersendelen in aanmerking komt, zijn de ziekte van Huntington en die van Alzheimer.

De essentiële vraag is in dit verband of met hersentransplantatie niet de identiteit van de donor, zijn geheugen en gedachtengoed, op de ontvanger wordt overgedragen. (14) Bij transplantatie van de hersenen van de heer A in hun geheel naar de heer B zou men verwachten dat de heer A zijn uiterlijk behoudt, maar de identiteit van donor B krijgt. Of zou moeten geconcludeerd dat A feitelijk de donor is, dat wil zeggen dat het gehele lichaam van A is getransplanteerd, en B als ontvanger moet worden beschouwd, omdat zijn identiteit persisteert? Nog complexer zou de geschetste problematiek worden, als A een man en B een vrouw zou zijn.

Hoe ligt dat bij partiële hersentransplantatie? Zolang hier nog geen ervaring bij mensen mee is opgedaan, valt moeilijk te zeggen welke hersendelen voor de persoonlijke identiteit relevant zijn. Het lijkt weinig waarschijnlijk dat de transplantatie van de substantia nigra bij lijders aan de ziekte van Parkinson een overdacht van de identiteit van de donor op de ontvanger met zich meebrengt. Één ding staat vast: partiële hersentransplantaties roepen nieuwe vragen op voor de ethiek en niet de eenvoudigste.

Technisch gezien ligt de transplantatie van de ovaria of het zaadvormend weefsel meer binnen bereik. Zij zou de mogelijkheid bieden om- met donorzaad of -eicellen langs de natuurlijke weg van de sexuele gemeenschap kinderen voort te brengen zonder gebruik te hoeven maken van kunstmatige bevruchtingstechnieken. Het standpunt dat men hiertegenover inneemt zal afhangen van de wijze waarop men tegen het gebruik van donorgeslachtscellen in het algemeen aankijkt. Wie zoals de schrijver van dit artikel dit als een inbreuk op de eenheid van het huwelijk ziet, zal ook de donatie en transplantatie van voortplantingsorganen of -weefsels afwijzen.

Zowel hierbij als bij hersentransplantatie is de identiteit van de mens gemoeid. Zo zegt het *Handvest voor de werkers in de gezondheidszorg*:
“Van transplantatie dienen de hersenen en de geslachtsorganen, die respectievelijk de persoonlijke en de procreatieve identiteit van de persoon waarborgen, uitgesloten te worden. Het betreft hier organen waarin de onmisbare uniciteit van de persoon die de geneeskunde gehouden is te beschermen, gestalte krijgt.” (15)

Wie op zijn achttiende het donorformulier invult, dat in 1998 alle Nederlanders vanaf deze leeftijd zal worden toegestuurd, loopt grote kans nog mee te maken dat de transplantatie van geslachtsorganen en gedeelten van de hersenen zich binnen de gezondheidszorg een vaste plaats veroverd zal hebben. Wie instemt met orgaandonatie, wat op zich tot aanbeveling strekt, zou er goed aan doen zich af te vragen of hij ten aanzien van bepaalde organen die met zijn persoonlijke en procreatieve identiteit verbonden zijn, niet een restrictie zou moeten maken.

Deze lezing is op 16 oktober 1996 door W.J. Eijk gehouden in conferentieoord Zonnewende

Noten
[size=x-small]1. Staatsblad, 1996, nr. 370.
2. Pastorale vragen rond orgaan- en weefseldonatie, Driebergen: Samenwerkingsorgaan voor het pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninrijk der Nederlanden, z.j. (Werkmateriaal Pastoraat nr. VI), p.3.
3. Handvest voor de werkers in de gezondheidszorg, Oegstgeest: Colomba, 1995 (Publicaties van de Stichting Medische Ethiek nr, 4), nr. 87.

4. R.M. Veatch, “The whole-brain-oriented concept of death: an outmoded philosophical formulation,” Journalof Thanatology 3 (1975), pp. 13-30; Idem, “The impending collapse of the whole-brain definition of death,” Hastings Center Report 23 (1993), pp. 18-24.
5. W.J. Eijk, “Het doodsconcept en de doodscriteria,” in: Postmortale orgaandonatie, op. cit.. , pp. 13-21; J.P.M. Lelkens, “Biologische en ethische aspecten van de doodscriteria en de postmortale orgaandonatie,” in: Wat is menswaardige gezondheidszorg?, W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens (red.), Oegstgeest: Colomba, 1994 (Publicaties van de Stichting Medische Ethiek nr. 1), pp. 98-113.
6. Tweede kamer, Handelingen, 21-2-1995, p. 50-3208.
7. W. Wolbert, “Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation,” Stimmen der Zeit 116 (1991), pp.331-344.
8. Organtransplantationen. Erklärung der Deutschen Bischifkonferenz und des Rates der Evangelischen Kin/u in Deutschland, Bonn/Hannover, 1990, pp. 19-20.
9. L. Ciccone, “I trapianti d’ organo: aspetti etici, Medicina e Morale 40 (1990), p. 704.
10. Ibid., p. 698.
11. E. Balaban, M-A. Teillet, N. Le Douarin, “Application of the Quail-Chick Chimera System to the Study of Brain Development and Behaviour,” Science 241 (1988), pp. 1339-1342.
12. R.J. White, L.R. W olin, et. al., “Cephalic exchange transplantation in the monkey,” Surgery 70 (1971), pp. 135-139.
13. A. Björklund, “Neural transplantation – an experimental tool with clinical possibilities, Trends in Neuyoscience 14 (1991), pp. 319-322.
14. G. Northoff, “Do brain tissue transplants alter personal identity? Inadequacies of some “standard” arguments,” Journal cf Medica 1 Ethics 22 (1966), pp. 174-180.
15. Handvest voor de werkers in de gezondheidszorg, op. cit., nr. 88. [/size]

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Gij zult niet doden

In de “Catechismus van de Katholieke Kerk” en in het “Geloofsboek”

Communio, 1996 (21), nr. 1, p 62-72
door prof.dr. S. van Calster, theoloog, priester van het aartsbisdom Mechelen-Brussel, hoofdredacteur Communio voor Vlaanderen, hoogleraar pastoraaltheologie aan verschillende grootseminaries.

De “*Catechismus van de katholieke Kerk*” (*KKK*) legt de inhoud van het vijfde gebod in drie rubrieken uiteen: de eerbied voor het menselijk leven (1), de waardigheid van de persoon (2) en het bewaren van de vrede (3).

Wij zullen een samenvatting brengen van de leer over het vijfde gebod, zoals die in de Catechismus is geformuleerd. Verder zullen wij een vergelijking maken tussen wat de *KKK* en het “Geloofsboek van de Belgische bisschoppen” (*GB*) over dit onderwerp zeggen. Vooraf kunnen wij reeds opmerken dat het Belgische boek de boven vermelde indeling in drie rubrieken niet maakt.

De eerbied voor het menselijk leven

De *KKK* baseert het vijfde gebod op twee bijbelteksten: Ex. 20,13 : “Gij zult niet doden”, en Mat. 5,21-22 : “Gij hebt gehoord dat tot onze voorouders gezegd is: Gij zult niet doden. Wie doodt zal strafbaar zijn voor het gerecht. Maar ik zeg u : Al wie vertoornd is op zijn broeder, zal strafbaar zijn voor het gerecht”.

Naast deze twee bijbelteksten gaat de *KKK* uit van twee fundamentele principes. In de eerste plaats wordt de nadruk gelegd op het feit dat “het menselijk leven heilig is, omdat het vanaf zijn oorsprong getekend is door Gods scheppende activiteit en voor altijd een speciale relatie blijft bewaren met zijn Schepper, zijn enige einddoel” (2258). De wet die het “vrijwillig doden van een onschuldige verbiedt is universeel geldig: zij verplicht allen en iedereen, altijd en overal” (2261).

Vervolgens legt de *KKK* de nadruk op de verdieping en uitbreiding die Jezus zelf aan dit gebod gegeven heeft. Jezus “verbiedt eveneens alle woede, haat en wraak. Meer nog, Hij vraagt aan zijn leerlingen de andere wang toe te keren en hun vijanden te beminnen. Hijzelf heeft Zich niet verdedigd en legde Petrus op, het zwaard in de schede te steken” (2261).

Het Belgische *Geloofsboek* van zijn kant gaat uit van een tekst van Irenaeus : “God vindt zijn glorie in de levende mens, maar een mens vindt pas het echte leven in het zien van God”. Volgens het *Geloofsboek* gaat het “over dit leven in de enge betekenis” (174). De mens zal zich dan ook “onthouden van alles wat naar de dood ruikt: elkaar geestelijk stuk maken, iemand wegpesten, anderen tot zonde brengen.” Het *GB* verwijst hier expliciet naar het bekende woord van Jezus over de ergernis: “Als iemand een van deze kleinen die in Mij geloven aanstoot geeft, zou het beter voor hem zijn als men hem een molensteen om de hals hing en hem liet verdrinken in het diepste van de zee” (Mat. 18,6).

Onder de titel “eerbied voor het leven” behandelt de *KKK* na het getuigenis vanuit de Schrift vijf specifieke onderwerpen: wettige zelfverdediging, vrijwillige doodslag, abortus, euthanasie en zelfmoord.

De grondslag voor de *wettige zelfverdediging* ziet de *KKK* in het feit dat “de liefde voor zichzelf een grondprincipe van zedelijkheid is en blijft. Het is dus geoorloofd zijn eigen recht op leven te laten eerbiedigen. Wie zijn leven verdedigt, maakt zich niet schuldig aan moord, zelfs niet als hij ertoe verplicht wordt om zijn aanvaller een dodelijke slag toe te brengen” (2264). “Dit recht op zelfverdediging wordt zelfs een plicht voor degene die verantwoordelijk is voor andermans leven, voor het algemeen welzijn van het gezin of van de gemeenschap” (2265). Uit deze gegevens trekt de *KKK* nog twee conclusies. In de eerste plaats heeft de overheid het recht en de plicht om straffen op te leggen die in verhouding staan tot de ernst van het misdrijf, de doodstraf niet uitgesloten. Vervolgens wordt aan de gezagdragers het recht toegekend gewapend op te treden tegen de aanvallers van de gemeenschap waarvoor zij verantwoordelijkheid dragen (2266). Wel is de overheid, ter wille van de waardigheid van de menselijke persoon, ertoe gehouden zich ter verdediging van mensenlevens zoveel mogelijk tot “onbloedige middelen” te beperken (2267).

In het *GB* komt de wettige zelfverdediging niet ter sprake. Wel wordt er uitvoeriger op de doodstrafingegaan dan in de *KKK*. Met doodstraf wordt bedoeld: “elk eigenmachtig, antisociaal doden, met andere woorden: het recht in eigen handen nemen”, terwijl dit recht in feite alleen aan God toekomt. Het *GB* vervolgt: “Zelfs het leven van de moordenaar is heilig”, waarbij verwezen wordt naar Gen. 4,15 : Als bescherming kreeg zelfs de moordenaar Kaïn een teken van God op het voorhoofd”.

Het *GB* stelt wel dat bevoegde organen het recht kunnen hebben eventueel de doodstraf uit te spreken om onder meer “het kwaad in de gemeenschap uit te roeien of de anderen te beschermen”. Er wordt echter onmiddellijk aan toegevoegd dat er in de bijbelse tijden een “asielrecht voor de veroordeelde bestond.” Hij kon “vluchten naar een heilige plaats, een laatste beroep doen op God, de enige Heer over leven en dood”. Het *GB* besluit aldus zijn stellingname tegen de uitvoering van de doodstraf: “Een democratische maatschappij zou zo

sterk moeten zijn, dat zij de uitvoering van de doodstraf niet nodig heeft om recht te doen heersen" (176). Feitelijk wordt hier een onderscheid gemaakt tussen "het uitspreken en het uitvoeren" van de doodstraf: De *KKK* gaat op dit thema niet in.

De vrijwillige doodslag en de vrijwillige medewerking aan zulk een daad worden in de *KKK* veroordeeld als zware zonden. "Het vijfde gebod verbiedt om ook maar iets te doen met de bedoeling iemand indirect ter dood te brengen". Bovendien verbiedt de morele wet "iemand zonder reden aan doodsgevaar bloot te stellen of hulp te weigeren aan een persoon in levensgevaar" (2269).

Vanuit het standpunt dat het menselijk leven volstrekt geëerbiedigd en beschermd moet worden vanaf het moment van de conceptie, handelt de *KKK* over *abortus en euthanasie*.

Als argument tegen *abortus* geldt dat de vrucht vanaf de conceptie een menselijke persoon is. Immers, zo wordt gesteld, het behoort tot de onveranderlijke leer van de Kerk dat "de rechtstreekse vrucht-afdrijving, die als doel of als middel gewild wordt, en de formele medewerking eraan ernstig in strijd zijn met de zedenwet en als zware zonde moeten worden beschouwd" (2272). In dat verband wordt verwezen naar de ondubbelzinnige tekst van de Didachè: "Gij zult het kind niet doden door abortus en de pasgeborene zult gij niet laten sterven" (2271).

Het *GB* baseert het verbod op abortus en euthanasie op het niet nader gespecifieerd woord van God: "De ander is er namens Mij, en de Andere ben Ik. Zijn bloed is mijn bloed" (175).

Prenataal diagnostisch onderzoek is, volgens de *KKK*, echter wel moreel toegelaten als "dit het leven en de integriteit van het embryo en de foetus respecteert en gericht is op behoud en genezing. Ingrepen op het menselijk embryo zijn eveneens geoorloofd op voorwaarde dat ze het leven en de integriteit ervan eerbiedigen" (2273). Immoreel is echter het "produceren van menselijke embryo's met de bedoeling ze te gebruiken als biologisch beschikbaar materiaal" (2273).

Pogingen tot het beïnvloeden van erfelijke eigenschappen van chromosomen of genen, die niet therapeutisch bedoeld zijn, maar gericht op de produktie van menselijke wezens, geselecteerd op basis van het geslacht of op basis van andere vooropgestelde kwaliteiten, zijn in strijd met de persoonlijke waardigheid van het menselijk wezen, aldus de *KKK* (2275). Deze pogingen om het menselijk leven te manipuleren komen in het *GB* niet ter sprake.

Moreel onaanvaardbaar is *directe euthanasie*, die erin bestaat een einde te maken aan het leven van gehandicapten, zieken of stervenden. Bovendien is volgens de *Catechismus* eveneens als moord te bestempelen, "elke handeling die of verzuim dat – in zichzelf of qua intentie – de dood bewerkt ten einde de pijn weg te nemen".

Wel kan het geoorloofd zijn medische behandelingen, die niet in verhouding staan tot de verwachte resultaten, stop te zetten. Men noemt dit het afwijzen van "therapeutische koppigheid". Het argument luidt hier: men wil niet de dood bewerken, maar men aanvaardt dat men ze niet kan verhinderen. De gewone verzorging aan de zieke mag echter niet onderbroken worden. "Het gebruik van pijnstillende middelen om het lijden van een stervende te verlichten, zelfs als men daardoor zijn leven zou verkorten, kan moreel in overeenstemming zijn met de menselijke waardigheid, als de dood noch als doel, noch als middel beoogd wordt, maar enkel wordt voorzien en geduld als onvermijdelijk". De *KKK* spoort hierbij aan tot een "pijn-verzachtende verzorging" (2279).

Omdat de mens slechts beheerder en geen eigenaar is van het leven dat God hem heeft toevertrouwd, mag hij er niet over beschikken. Zelfmoord is dan ook in tegenspraak met de ware liefde voor zichzelf: de naastenliefde en de liefde tot de levende God. Bovendien is het een ergernis wanneer zelfmoord wordt uitgevoerd om als voorbeeld te dienen. Vrijwillig zijn medewerking aan zelfmoord verlenen, gaat eveneens in tegen de zedenwet

(2280- 2281).

Ook het *GB* beschrijft de zelfdoding als een daad die “objectief gezien van binnen uit slecht is. Maar subjectief gezien, zal de schuld van diegene die zich het leven beneemt vaak sterk verminderd zijn. God alleen kan oordelen” (174). De Catechismus spreekt eveneens over subjectieve omstandigheden die de verantwoordelijkheid van de zelfmoordenaar verminderen. Gedacht wordt daarbij aan “zware psychische storingen, angst of ernstige vrees voor beproevingen, lijden of foltering”. Logischerwijze besluit de *KKK* dan ook dat men “niet moet wanhopen met betrekking tot de eeuwige zaligheid van mensen die zichzelf gedood hebben. God kan, langs wegen die Hij alleen kent, ervoor zorgen dat ze nog de kans krijgen op een heilbrengend berouw. De Kerk bidt dan ook voor diegenen die zich het leven hebben benomen” (2283).

De eerbied voor de waardigheid van de persoon
In de tweede paragraaf behandelt de *KKK* eveneens vijf thema’s. Telkens wordt eerbied gevraagd: voor de ziel van de naaste, voor zijn gezondheid, voor de mens bij wetenschappelijk onderzoek, voor lichamelijke gaafheid en voor de doden.

De houding of het gedrag dat anderen ertoe brengt om kwaad te begaan, noemt de *KKK* ergernis. Ergernis wordt omschreven als een zware zonde. Bijzonder zwaar wordt deze zonde op grond van het gezag van diegenen die ergernis geven of op grond van de kwetsbaarheid van diegenen die er het slachtoffer van zijn (2284-2285). Speciaal wordt verwezen naar zware ergernis in opvoedingssituaties, met name vanwege diegenen die, van nature of krachtens hun ambt, als taak hebben anderen te onderrichten en op te voeden. Door wettelijke voorschriften of instellingen, door mode of door de publieke opnie kan eveneens ergernis ontstaan (2286).

Zowel in het *GB* als de *KKK* wordt verwezen naar het Jezuswoord over de ergernis: “Maar als iemand een van deze kleinen die in Mij geloven, aanstoot geeft, zou het beter voor hem zijn als men hem een molensteen om de hals hing en hem liet verdrinken in het diepste van de zee” (Mat. 18,6). Bij ergernis wordt geen onderscheid gemaakt tussen objectief kwaad en subjectief beperkte schuld.

Gezondheid is een kostbaar goed dat door God aan de mens is toevertrouwd. Hij moet er dan ook op een gepaste wijze voor zorgen. Enerzijds moet de staat bestaansvoorwaarden scheppen om de gezondheidszorg van de burgers te verzekeren. Gedacht wordt daarbij aan: “voedsel, kleding, huisvesting, gezondheidszorg, elementair onderwijs, werk en sociale bijstand” (2288). Anderzijds verzet de *KKK* zich tegen “een nieuw-heidense opvatting” die erop uit is de cultus van het lichaam te bevorderen en daaraan alles op te offeren. Tot een ontaarding van de menselijke verhoudingen kan dit leiden wanneer door een selectieve keuze onderscheid wordt gemaakt tussen zwakken en sterken (2289). Bij de eerbied voor de gezondheid komen eveneens ter sprake: de deugd van matigheid en alle vormen van overdrijving. Zwaar schuldig is degene die “in staat van dronkenschap of door een onbeheerste zucht naar snelheid de veiligheid van anderen en van zichzelf in gevaar brengt”. Tenslotte wordt eveneens “het druggebruik” als zware zonde bestempeld omdat het ernstige schade aan de gezondheid en het leven van de mens toebrengt. Clandestiene produktie en handel in verdovende middelen worden “schandalige praktijken” genoemd omdat zij aanzetten tot druggebruik (2290-2291).

Ook het *GB* spreekt uitdrukkelijk over de zorg voor het lichaam. Als motivering wordt gegeven: het is een gave uit Gods vaderlijke hand met de inwoning van de heilige Geest. De opdracht is het te aanvaarden en er zorg voor te dragen. Positief ingevuld: hygiëne, sportbeoefening, tijdige rust en medische zorg zijn belangrijk. Negatief: alcohol, tabak en geneesmiddelen kunnen tot verslaving leiden, om maar te zwijgen over “andere drugs” die een mensenleven verwoesten.

Kleine verschillen zijn hier te merken tussen het *GB* en de KJ(](Beide boeken spreken in verband met verslaving over alcohol, tabak, medicijnen en drugs. De *KKK* vermeldt bovendien als eerste in de rij het misbruik van spijs en drank (in het *Geloofsboek* niet vermeld). Overigens verbindt de *KKK* met alcohol “onbeheerste zucht naar snelheid”, wat in het *GB* verbonden wordt met “de ander minder belangrijk vinden”. Tot de zorg voor het lichaam behoort in het *GB* ook de sportbeoefening. In de *KKK* wordt dan weer gewezen op het gevaar voor verafgoding van sportieve prestaties.

De *KKK* staat positief tegenover zuiver wetenschappelijk en toegepast onderzoek omdat het hier gaat om een belangrijke vertolking van het meesterschap van de mens over de schepping. Wel “moeten zij ten dienste staan van de menselijke persoon, van zijn onvervreemdbare rechten en tevens van zijn waarachtig en integraal welzijn in overeenstemming met Gods heilsplan en wil” (2294).

Proefnemingen op mensen zijn moreel niet aanvaardbaar als ze onevenredig grote of vermijdbare risico’s meebrengen voor het leven of voor de fysieke en psychische integriteit van de betrokkenen. Toestemming tot proefneming is altijd vereist van de persoon of zijn rechthebbende.

In verband met orgaan-transplantatie wordt gesteld dat deze niet aanvaardbaar zijn zonder de uitdrukkelijke toestemming van de donor of de rechthebbenden. Als de fysieke en psychische risico’s voor de donor in evenwicht zijn met het goed dat bij de ontvanger beoogd wordt, is *orgaan-transplantatie* wel in overeenstemming met de zedenwet en kan zij zelfs verdienstelijk zijn. Het is moreel ontoelaatbaar om rechtstreeks een blijvende verminking of de dood van een mens te veroorzaken, zelfs al zou men daardoor het overlijden van anderen kunnen uitstellen, aldus de *KKK* (2296). In het *GB* komt deze problematiek niet ter sprake.

Onder de titel *lichamelijke gaafheid* worden in de *KKK* een aantal daden vermeld die deze gaafheid in het gedrang brengen: ontvoering, gijzeling, foltering zijn van zedelijk standpunt uit ongeoorloofd omdat zij een ondraaglijke druk uitoefenen op de slachtoffers. Amputatie, verminking en sterilisatie, indien niet om strikt therapeutische redenen toegepast, zijn eveneens in strijd met de zedenwet, aldus de *KKK* (2297). Het *GB* gaat op deze aspecten niet in.

De *eerbied voor de doden* omvat in de *KKK* de zorg voor de stervenden opdat deze in waardigheid en vrede hun laatste ogenblikken zouden kunnen doorbrengen. Er wordt ook gevraagd dat diegenen die hen dierbaar zijn er zouden voor zorgen dat zij de sacramenten kunnen ontvangen die hen op de ontmoeting met de levende God voorbereiden.

“Het lichaam van de overledene moet men met respect en liefde behandelen vanuit het geloof in de verrijzenis” (2300). Er wordt ook nog verwezen naar het feit dat lijkschouwing moreel kan gerechtvaardigd zijn om wettelijke redenen of voor wetenschappelijk onderzoek. Afstaan van organen na de dood is eveneens toegestaan en kan zelfs verdienstelijk zijn. Tenslotte wordt gezegd dat de Kerk crematie toestaat als hierbij het geloof in de verrijzenis niet in het gedrang komt (1301). Ook deze problematiek komt in het *GB* niet aan de orde.

Het bewaren van de vrede
In de derde paragraafkomen twee titels aan de orde: vrede en het vermijden van oorlog.

De basis voor de oproep tot vrede ziet de *KKK* in de uitspraak van Jezus, die herinnert aan het gebod: “Gij zult niet doden” (Ex. 20,13), maar er tevens de veroordeling van haat en gramschap mee verbindt: “Maar Ik zeg u: al wie vertoornd is op zijn broeder, zal strafbaar zijn voor het gerecht” (Mat. 5,21-22).

Volgens de *KKK*is vrede nodig “om de eerbied voor het leven en de groei ervan mogelijk te maken.” Enkele noodzakelijke voorwaarden voor het in stand houden van vrede worden opgesomd: bescherming van de persoonlijke eigendom, vrije communicatie tussen de mensen, eerbied voor de menselijke waardigheid van personen en volkeren en toegewijde beoefening van de broederlijkheid (2304).

Vervolgens wordt gezegd dat de “aardse vrede beeld en vrucht is van de vrede van Christus, de messiaanse ‘Vredevorst’ Jes. 9,5). Door zijn bloed, op het kruis vergoten, heeft Hij ‘in zijn eigen vlees de vijandschap gedood’ (Ef 2,16). Hij heeft de mensheid met God verzoend en van zijn Kerk het sacrament van eenheid van de mensheid en van de vereniging met God gemaakt. ‘Hij is onze vrede’ (Ef. 2,14). Hij heeft hen ‘die vrede stichten’ zalig verklaard (Mat. 5,9)” (2305).

Verwijzend naar *Gaudium et spes* stelt de *KKK* dat, “omwille van de rampen en de ongerechtigheden die elke oorlog met zich meebrengt, de Kerk met aandrang vraagt te bidden en zich in te zetten opdat God in zijn goedheid ons moge bevrijden van de oude slavernij van de oorlog” (2307).

Als hoofdprincipe geldt dat “alle burgers en alle bestuurders zich moeten inspannen om oorlogen te vermijden” (2308). Indien echter vreedzame onderhandelingen uitgeput zijn, zal men de regeringen het recht niet kunnen ontzeggen om zich wettig te verdedigen.

In dit kader worden dan de strenge voorwaarden opgesomd waaronder “wettige zelfverdediging door de militaire macht” toelaatbaar is. “Gelijktijdig is vereist:
– dat de schade die door de aanvaller aan het volk of de volkerengemeenschap wordt toegebracht, van blijvende aard is, dat ze belangrijk is en met zekerheid vaststaat;
– dat alle andere middelen om de schade een halt toe te roepen onuitvoerbaar of ondoeltreffend zijn;
– dat er een serieus vooruitzicht is op een gunstig resultaat;
– dat het gebruik van wapengeweld geen grotere kwalen en meer wanorde teweegbrengt dan het kwaad dat men wil uitschakelen. De vernietigende kracht van de moderne wapens moet zeer zwaar wegen bij de beoordeling van deze laatste voorwaarde” (2309).
De morele gewettigdheid van deze zogenaamde traditionele principes voor een “rechtvaardige oorlog” moet beoordeeld worden door diegenen die voor het algemeen welzijn verantwoordelijk zijn (id.).

Uit deze principes haalt de *KKK* een aantal gevolgtrekkingen. In de eerste plaats heeft in het voorkomend geval de “overheid het recht en de plicht aan de burgers de verplichtingen op te leggen die nodig zijn voor de nationale verdediging. De militairen, die zich ten dienste stellen van het vaderland, worden naar het voorbeeld van *Gaudium et spes* in de *KKK* “dienaren van de veiligheid en de vrijheid der volken” genoemd (2310). En voor gewetensbezwaarden moet een billijke regeling getroffen worden (2311).

In het laatste gedeelte van de paragraaf worden enkele principes uit *Gaudium et spes* en *Populorum progressio* voor “de morele wet die blijft gelden tijdens de gewapende conflicten” in herinnering gebracht. In de eerste plaats is tussen de strijdende partijen niet alles geoorloofd. “Niet-strijdende burgers, gewonde soldaten en krljgsgevangenen moeten met respect en menselijkheid behandeld worden” (2313). Handelingen, bevelen of blinde gehoorzaamheid die tot de uitmoording van een volk, van een natie of van een etnische minderheid leiden, moeten “als doodzonde veroordeeld worden” (id.). “De *KKK* bevestigt dat men “verplicht is zich te verzetten tegen bevelen die een genocide opleggen” (id.).

Oorlogshandelingen die zonder onderscheid gericht zijn op de verwoesting van hele steden of grote gebieden met hun inwoners worden door de *KKK* bestempeld als een misdaad tegen God en de mens zelf. Wie atoomwapens, biologische of chemische wapens bezit, is in de gelegenheid dergelijke misdaden te begaan (2314). Het opeenhopen van wapens en de bewapeningswedloop waarborgen de vrede niet omdat men de

oorzaken van de oorlog niet wegneemt, integendeel dit risico nog dreigt te vergroten. Bovendien worden door het vervaardigen van steeds maar nieuwe wapens onmetelijke rijkdommen verkwist die zouden kunnen besteed worden aan de ontwikkeling van de volkeren (2315). Omdat wapenhandel en wapenproduktie het algemeen welzijn raken, heeft de overheid het recht en de plicht ze aan regels te binden (2316).

Tot slot worden enkele oorzaken van oorlog onder de aandacht gebracht: overdreven ongelijkheid op economisch of sociaal vlak, afgunst, achterdocht en hoogmoed …. Voor zover mensen zondaars zijn, zal de vrede in de wereld altijd bedreigd worden, maar voor zover zij in liefde de zonde overwinnen wordt ook het geweld een halt toegeroepen, totdat het woord van Jesaja 2,4 wordt vervuld: “Dan smeden zij hun zwaarden om tot ploegscharen, en hun lansen tot sikkels; geen volk trekt zijn zwaard meer tegen een ander, en niemand oefent zich voor de strijd” (2317).

Het *GB* ziet het ontstekingsmechanisme van elke doodslag in jaloersheid of wedijver, die stilaan het hart vergiftigt en die men uiteindelijk zelf niet meer de baas kan” (174). Ook het onstaan van oorlog vindt daar zijn oorzaak, omdat dit ontstekingsmechanisme van naijver en ruzie niet tijdig onschadelijk werd gemaakt. Voor het *Geloofsboek* lijkt de vraag van een rechtvaardige oorlog voorbijgestreefd zodra daarmee een atoomcatastrofe bedoeld is. Het besluit de reflectie over de oorlog met een verwijzing naar *Gaudium et spes* waarin gesteld wordt dat kleine stappen moeten gezet worden om “met inzet van alle krachten het ogenblik voor te bereiden, waarop met instemming van alle volkeren elk soort oorlog totaal kan verboden worden” (GS 82).

Het *GB* besluit de reflectie over het vijfde gebod met enkele positieve suggesties om doodslag en alles wat ermee verband houdt te voorkomen. Aan de orde komen daarbij “asielrecht, ziekenzorg en lichamelijke werken van barmhartigheid”. Er wordt gepleit voor andere vormen van asielrecht: eilanden van overleg bij uitbarsting van geweld in de grote wereld, maar ook “eilanden van gesprek” binnen de huiskring telkens wanneer een conflict dreigt hoog op te lopen. “Ook de ‘ark van Noach’ is zo ’n eiland. Het verhaal van Noach volgt in de bijbel op het verhaal van Kaïn en spreekt over de redding door de ark en de regenboog in de wolken die het verbond bezegelt”. Het *GB* besluit: “Gods ark redt. Voorafschaduwing van wat de Kerk kan zijn: redplaats voor het leven”. En dan volgt nog een aansporing om zelf – in het spoor van zovelen als Vincentius, Don Bosco, Damiaan … en zoveel ongekende stille werkers – een reddende ark ten bate van het leven te zijn. Zij zullen van de verrezen Heer Jezus zelf de lichamelijke werken van barmhartigheid mogen vernemen: “Komt gezegenden van mijn Vader … Ik had honger en gij hebt Mij te eten gegeven. Ik had dorst … ” (Mat. 25,34-36).

Tot besluit

De Catechismus van de Katholieke Kerk en het *Geloofsboek van de Belgische bisschoppen* behandelen elk op een eigen wijze het vijfde gebod: “Gij zult niet doden. Uit onze vergelijking blijkt dat de grote inhoudelijke lijnen dezelfde zijn. Wel somt de *KKK* een aantal problemen op die in het *GB* niet aan bod komen. Maar er is een ander onderscheid tussen beide publikaties. De Catechismus streeft naar een zekere volledigheid in het aanbieden van de thematieken die met het vijfde gebod verband houden. Er wordt gezegd – zij het vaak op een beknopte wijze – hoe de Kerk erover denkt. De *KKK* is als een naslagwerk, waarin men snel kan terugvinden hoe het huidige standpunt van het magisterium van de Kerk geformuleerd wordt.

Het *GB* biedt daarentegen een leestekst aan. Men wil de lezer meenemen in een dynamiek en hem interesseren voor deze thematiek. In de formulering van de leer van de Kerk wordt geen volledigheid nagestreefd.

Men kan gerust zeggen dat beide publikaties elkaar aanvullen: het *GB* als instrument om de lezer te interesseren in de zaak, de *KKK* als instrument om de kern van wat de Kerk over een bepaalde materie leert, op te sporen. Registers in de *KKK* zijn daarbij een goede hulp. Het *GB* bevat alleen een inhoudstafel, geen registers.

Euthanasie contra het vijfde gebod

Communio, 1996 (21), nr. 1, p 51-61
door dr. W.J. Eijk, dr. in de geneeskunde en in de moraaltheologie, priester van het bisdom Roermond, docent aan het priesterseminarie Rolduc in Kerkrade.

Televisie- en radioprogramma's over euthanasie trekken over het algemeen veel belangstelling. Met name de oudere generatie die bewuster met de dood bezig is, hecht er ofwel grote waarde aan zich van de mogelijkheid van euthanasie verzekerd te zien, of zij maakt zich grote zorgen over het risico van onvrijwillige levensbeëindiging. Ook hier blijkt hoe pluralistisch onze samenleving is.

Discussies over euthanasie lopen dikwijls vast doordat over de begripsinhoud van de gebruikte termen geen overeenstemming bestaat. Hier wordt de in Nederland gebruikelijke terminologie betreffende levensbeëindigend handelen gevolgd (1). Onder *euthanasie* wordt verstaan het opzettelijk levensbeëindigend handelen door een ander dan de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is als regel een ondraaglijk geacht lijden als gevolg van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Bij euthanasie gaat het vooral om het vermijden van een door lijden getekend terminaal stadium van het leven, hetgeen overigens niet betekent dat alleen van euthanasie wordt gesproken wanneer het leven in de stervensfase actief wordt beëindigd. *Hulp bij suïcide* wordt gedefinieerd als het opzettelijk verlenen van hulp bij levensbeëindigend handelen door de betrokkene, op diens verzoek. Het motief is hierbij in het algemeen dat de betrokkene zijn leven niet wil voortzetten vanwege een fysieke handicap, psychiatrische aandoening of een andere vorm van tegenslag. Levensbeëindiging van een zieke buiten diens wil of medeweten wordt in Nederland geen euthanasie genoemd, maar omschreven als levensbeëindigend handelen zonder verzoek.

Euthanasie zonder enige toevoeging betreft in Nederland dus altijd levensbeëindiging op verzoek, terwijl het onderscheid tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie niet gehanteerd wordt. Deze definitie van euthanasie is overigens geenszins algemeen. In de Verenigde Staten wordt met euthanasie zonder meer vaak levensbeëindiging buiten medeweten van de patiënt bedoeld, terwijl wat in Nederland vrijwillige euthanasie heet, medische hulp bij suïcide wordt genoemd (2).

Nederland wordt in het algemeen als koploper gezien op het terrein van de euthanasie, en dat niet zonder reden. Blijkens de bevindingen van het Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit te Rotterdam, dat in 1990 in opdracht van de Commissie Remmelink de opvattingen en het feitelijk handelen inzake euthanasie onder de Nederlandse artsen heeft onderzocht, wijst slechts een kleine minderheid van de Nederlandse artsen, namelijk 12%, euthanasie onder alle omstandigheden af. 54% had minstens éénmaal euthanasie gepleegd en 34% was bereid een eventueel verzoek van een patiënt om levensbeëindiging te honoreren (3).

Overigens valt wat de aanvaarding van euthanasie in de omliggende landen betreft, een snelle inhaalmanoeuvre te constateren. In 1993 was van de artsen in België (4) 54% en in Luxemburg (5) 72% voor verrichting van euthanasie in bepaalde situaties. De bevinding dat dit percentage onder Belgische artsen jonger dan 45 jaar 61% bedraagt, doet vermoeden dat het aantal voorstanders in de nabije toekomst snel zal toenemen. Buiten Europa valt dezelfde tendens waar te nemen. Onderzoek onder artsen is Zuid-Australië in 1991 wees uit dat 45% van de ondervraagden voorstander is van de legalisering van actieve euthanasie onder bepaalde omstandigheden, terwijl 19% daadwerkelijk tot levensbeëindigend handelen was overgegaan (6).

1. De wetgeving onder druk
Maatschappelijke veranderingen leiden op den duur onvermijdelijk tot aanpassingen van de bestaande wetgeving, die immers de in de samenleving heersende tendensen en ethische opvattingen reflecteert.

In Nederland is de formele strafbaarheid van euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging gehandhaafd. De arts die deze handelingen heeft verricht, kan echter een beroep op de noodtoestand doen, zoals voorzien in artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht. De noodtoestand impliceert een conflict van plichten. Hier zou het enerzijds om de plicht gaan het leven te respecteren zoals het geldende recht dat verlangt, en anderzijds om de plicht het lijden van de patiënt naar vermogen te verlichten. In sommige gevallen zou dit laatste alleen mogelijk zijn door het leven van de patiënt te beëindigen, zodat de genoemde plichten met elkaar in conflict raken. Slaagt een beroep op de noodtoestand, dan wordt de arts geacht een hoger rechtsbelang te hebben gediend. Hij zou dan niets wederrechtelijks hebben gedaan en wordt bijgevolg van rechtsvervolging ontslagen. Voorwaarde voor een succesvol beroep op de noodtoestand is dat de arts een aantal zorgvuldigheidsvereisten, vermeld in een bijlage bij artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging, in acht neemt. Hieronder valt met name de eis dat hij zichzelf via de gemeentelijke lijkschouwer aangeeft. Op het overlijdensformulier mag hij niet invullen dat het om een natuurlijke doodsoorzaak zou gaan. Feitelijk is de beoordeling van actieve levensbeëindiging door een medicus een kwestie van jurisprudentie (7).

Ook elders staan de ontwikkelingen niet stil. Bij een referendum in Oregon in 1994 bracht een meerderheid zijn stem uit op een voorstel om medische hulp bij suïcide te legaliseren. Tot een wetswijziging heeft dit tot nu toe niet geleid als gevolg van een rechtszaak die is aangespannen om het wetsvoorstel te toetsen aan de grondwet (8). In de staat Michigan wordt een heftige discussie gevoerd over de legalisering van medische hulp bij suïcide naar aanleiding van de tientallen patiënten die door de internist Jack Kevorkian sinds 1990 werden geholpen suïcide te plegen. In een groot aantal gevallen ging het daarbij om situaties waarin wij van (vrijwillige) euthanasie zouden spreken. Zowel een voorstel tot het instellen van een absoluut verbod op medische assistentie bij de zelfgekozen dood als een voorstel tot legalisering hebben het tot nu toe niet gehaald (9). Overigens lijkt Kevorkian te kunnen rekenen op brede steun vanuit de Amerikaanse samenleving, want blijkens enquêtes uit 1986, 1990 en 1993 is ongeveer twee derde voorstander van een wettelijke regulering van medische hulp bij suïcide. Hieruit concludeert Pence: “Among ordinary Americans, Kevorkian is approaching the status of a folk-hero” (10).

Op 25 mei 1995 zette het parlement van het Noordelijk Territorium in Australië vrij onverwachts een opmerkelijke stap met de rechtstreekse legalisering van (vrijwillige) euthanasie door de aanneming van de “Rights of the Terminally Ill Act 1995”. Volgens deze wet kan een patiënt van minstens 18 jaar (art. 7,1,a) zijn arts verzoeken zijn leven te beëindigen in het geval dat hij aan een terminale ziekte lijdt, die een ondraaglijk lijden veroorzaakt (art. 3). Een terminale ziekte wordt omschreven als een ziekte die zonder de toepassing van buitengewone middelen of een voor de patiënt acceptabele behandeling tot de dood voert (art. 4; vgl. art. 7,b). Het overlijden van de patiënt wordt niet als een onnatuurlijke dood geregistreerd (art. 13,2). Voorwaarde is dat de arts een onafhankelijke collega consulteert die in het bezit is van een diploma “psychological medicine” (art. 7,c). Hij zal niet tot levensbeëindiging overgaan als hij van mening is dat er nog palliatieve mogelijkheden zijn en het lijden en de pijn van de patiënt tot een aanvaardbaar niveau kunnen worden verlicht (art. 8) (11). Deze wet kan in Australië op brede steun onder de bevolking rekenen, gezien het feit dat ruim 75% positief tegenover euthanasie staat (12).

2. Een tegenstrijdig gebod ?
Verontrust door deze steeds verdergaande aantasting van het respect voor het menselijk leven, met name in de hoog ontwikkelde landen, vroeg het Consistorie van kardinalen in april 1991 unaniem aan de paus een aparte

encycliek aan deze problematiek te wijden. Eind maart vorig jaar werd deze na jaren van voorbereiding gepubliceerd onder de titel *Evangelium vitae*. Overeenkomstig de traditie die de Kerk vanaf het begin kent, worden euthanasie, (hulp bij) suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek in dit document gezien als handelingen die krachtens het vijfde gebod, “gij zult niet doden” (Ex. 20,13; Deut. 5,17), ongeoorloofd zijn. Dit gebeurt in bewoordingen die doen denken aan een dogmaverklaring: “Na deze onderscheidingen bevestig ik in overeenstemming met het leergezag van mijn voorgangers en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, dat euthanasie (binnen de context van de encycliek zowel op verzoek als buiten medeweten van de betrokkene, E.) een zware schending is van de wet van God, aangezien zij het opzettelijk en zedelijk onaanvaardbaar doden betekent van een menselijke persoon” (Evangelium vitae nr. 65; nr. 66 handelt over suïcide) (13).

De visie van de katholieke Kerk op het respect voor het leven komt op sommigen als onlogisch over. Enerzijds wijst zij abortus provocatus, euthanasie en suïcide af, terwijl zij anderzijds de doodstraf, waar juist grote kritiek op bestaat, niet volstrekt uitsluit (vgl. *Evangelium vitae* nr. 56). Het vijfde gebod krijgt slechts een absoluut karakter wanneer het betrokken wordt op het doden van onschuldige mensen: “Met de autoriteit die Christus aan Petrus en zijn opvolgers heeft gegeven, en in gemeenschap met de bisschoppen van de katholieke Kerk, verklaar ik daarom dat het directe en vrijwillige doden van een onschuldig menselijk wezen altijd een ernstig zedelijk vergrijp is” (*Evangelium vitae* nr. 57). Euthanasie betreft de actieve levensbeëindiging van een onschuldige mens en is uit dien hoofde een intrinsiek kwaad.

Dit klassieke standpunt ontlokt in discussies menigeen de uitspraak: “Maar ik heb met de schuld of onschuld van de patiënt niets te maken, als het om euthanasie gaat” (14). Hij of zij heeft gelijk dat in een euthanasiesituatie het al dan niet schuldig zijn van de betrokkene geen motief vormt voor de beëindiging van diens leven. Doel is het vermijden van een ondraaglijk geacht levenseinde. De nadere precisering van het vijfde gebod met betrekking tot onschuldige personen maakt – zoals gezegd – er een absolute norm van. Dit betekent uiteraard niet dat schuldige mensen vogelvrij zouden zijn. Het doden van schuldige mensen is in het algemeen ook niet geoorloofd. Het gaat hier echter niet om een absolute norm, maar hooguit om een algemene, dat wil zeggen een norm die in de meeste gevallen geldt, maar waarop uitzonderingen bestaan.

Het vijfde gebod moet niet worden gelezen als een louter negatief verbod, maar ook als een positieve opdracht, namelijk om het menselijk leven te beschermen. Waar deze opdracht niet effectief kan worden vervuld zonder de belager of misdadiger te doden binnen het kader van de legitieme (zelf)verdediging of doodstraf: dan wordt dat krachtens het vijfde gebod ook vereist. Hiermee schijnt de contradictie nog niet volledig te zijn weggenomen. Heeft de belager of de misdadiger dan geen recht op leven dat respect verdient?

Voor een antwoord op deze tegenwerping is het nodig zich te realiseren dat het hier om een analoog begrip gaat. Verschillende rechten kunnen worden onderscheiden zoals het gebruiksrecht, het recht op vruchtgebruik, beschikkingsrecht en eigendomsrecht. Gebruiksrechten heeft de mens ten aanzien van zijn leven zonder twijfel, anders zou hij zijn opdracht als mens en christen niet kunnen realiseren. Bij het verlenen van het rentmeesterschap over de schepping geeft God de mens echter hooguit een beperkt beschikkingsrecht over het infrahumane leven, maar niet over zijn eigen fysieke natuur (Gen. 1,26-28). Hij behoudt de eigendomsrechten en de daaraan inherente beschikkingsrechten over het leven aan Zichzelf voor (Deut. 32,39), met name vanwege de unieke plaats die de mens in het geheel van de schepping inneemt: “Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als zijn beeld heeft God de mens gemaakt” (Gen. 9,6).

Het geestelijk levensbeginsel van iedere mens dat een directe schepping van Gods hand is, maakt hem tot Diens beeld en gelijkenis, tot een persoon die participeert in God ook als doel in zich. Er mag daarom nooit over hem als over een louter instrumenteel goed worden beschikt. Omdat het lichaam een intrinsiek onderdeel van

de menselijke persoon is, deelt het in de waardigheid van de menselijke persoon als doel in zich. Het lichamelijk leven is derhalve geen extrinsiek goed met alleen nuttigheidswaarde, maar een intrinsiek goed dat niet mag worden opgeofferd om aan het lijden te ontkomen, ook al is dit op zich een nobele intentie (15). Hoe ontluisterd het leven van de mens door ziekte ook mag zijn, hij blijft als persoon – geschapen naar Gods beeld en gelijkenis – altijd "een manifestatie van God in de wereld, een teken van zijn aanwezigheid" (*Evangelium vitae* nr. 34).

Het leven mag dan een intrinsiek goed zijn, het is geen absoluut goed. Ook het recht van de mens op zijn leven geldt niet absoluut. Hij kan door zijn gedrag als ongerechtvaardigde agressor of door de ernstige bedreiging die hij voor het algemeen welzijn vormt, dit recht verliezen. De reden waarom het de mens niet is geoorloofd – bij voorbeeld door middel van euthanasie – over zijn of andermans leven te beschikken, is ook de reden waarom hij het recht op leven eventueel kan verliezen. Hij heeft hierop slechts een gebruiksrecht. Had hij eigendoms- en beschikkingsrechten, dan zou men hem zijn leven nooit mogen ontnemen. De juiste interpretatie van het begrip "recht op leven" neemt de schijnbare tegenstelling weg.

Dat het leven geen absoluut goed is, impliceert tevens dat het niet tot elke prijs in stand hoeft te worden gehouden. Kan dat met gewone of geproportioneerde middelen worden bereikt, dan geldt er een morele plicht om deze toe te passen. Wordt de verhouding tussen de voor- en nadelen van levensverlengende behandelingen ongeproportioneerd, dan vervalt een dergelijke verplichting. In het laatste geval kan niet worden gezegd dat men met het besluit van behandeling af te zien levensbeëindiging beoogt. Het gaat feitelijk om het opgeven van een doel, de instandhouding van het leven. Hier moet dan ook niet van "passieve euthanasie" worden gesproken (16).

3. Een gebod met een opdracht
In zijn absolute formulering "gij zult geen onschuldige mensen doden" geeft het vijfde gebod slechts een ondergrens voor het morele handelen aan. De "Blijde Boodschap van het leven" omvat echter meer dan dat alleen. Zij betekent een opdracht, waaronder op de eerste plaats valt – zoals gezegd – het in stand houden van het leven met geproportioneerde middelen. Is dit geen haalbare kaart meer, dan zullen artsen, verpleegkundigen en familieleden ieder naar hun eigen verantwoordelijkheid zich ervoor inzetten om het lijden van de patiënt tot draaglijke proporties terug te brengen.

De pijnbestrijding heeft in de laatste twintig jaar een pijlsnelle ontwikkeling doorgemaakt. Door nieuwe combinaties van analgetica, sterk verbeterde toedieningstechnieken en de mogelijkheid om sensibele zenuwbanen selectief te onderbreken, kan pijn altijd afdoende worden bestreden. Ook al zullen chirurgisch ingrijpen, radio- en chemotherapie niet altijd tot blijvende genezing leiden, toch bewerken zij als regel een milder beloop van ziekten dan onder natuurlijke omstandigheden het geval zou zijn.

In dit opzicht zou er in onze tijd minder dan ooit reden zijn om aan euthanasie te denken, ware het niet dat de drempel voor het verdragen van pijn en lijden sterk psychisch bepaald is. Het schrijnend gebrek aan solidariteit en de eenzaamheid in de technisch en economisch hoog ontwikkelde landen, gekoppeld aan het ontbreken van een zingevende levensbeschouwing of religie, hebben het vermogen om lijden en tegenslag te incasseren drastisch gereduceerd. Tekenend is in dit verband de ervaring dat patiënten die hoge dosis morfinomimetica toegediend krijgen, na opneming in een hospice, waar zij menselijke zorg, hartelijkheid en persoonlijke aandacht ondervinden, na verloop van tijd met minder of zelfs zonder pijnstillende middelen uitkomen.

Een bijzondere opdracht is weggelegd voor politici. Recht en ethiek vallen niet zonder meer samen, maar staan ook niet los van elkaar. Het positieve recht dient overtredingen van morele normen te sanctioneren voor zover het algemeen welzijn dat verlangt. Hoewel het recht vaak onder druk van veranderende opvattingen in een samenleving aangepast wordt, is het omgekeerde ook waar. Wordt de rechtsbescherming van het menselijk

leven eenmaal losgelaten, dan gaat daar op zijn beurt ook een stimulerende werking van uit en begeeft men zich op de “gladde helling”.

Christelijke politici zien zich in hun strijd om de rechtsbescherming van het leven zoveel mogelijk te handhaven soms voor pijnlijke dilemma’s geplaatst. Vormen zij een minderheid, dan is meestemmen met het minst vergaande voorstel ter legalisering van abortus provocatus en euthanasie niet zelden de enige mogelijkheid om zij het ook slechts een relatieve bijdrage tot de garantie van het algemeen welzijn te leveren. Blijkens nr. 73 van *Evangelium vitae* valt een dergelijke keuze onder strikte condities moreel te rechtvaardigen: ” … wanneer het niet mogelijk is een abortuswet af te wenden of volledig af te stemmen, zou het een afgevaardigde, wiens persoonlijke absolute tegenstand tegen abortus duidelijk en aan iedereen bekendgemaakt was, geoorloofd kunnen zijn wetsvoorstellen te steunen die ten doel hebben de schade te beperken en die de negatieve effecten op het gebied van de cultuur en de openbare moraal verminderen. Zo werkt men namelijk niet ongeoorloofd mee aan een onrechtvaardige wet, maar veeleer wordt een wettige en passende poging ondernomen om de kwade aspecten te beperken”.

In Nederland hebben leden van het Christen-Democratisch Appèl zich gretig op de geciteerde passage gestort als zou die een pauselijke ondersteuning voor de Nederlandse euthanasieregeling zijn, waartoe zij de voornaamste initiatiefnemers waren (17). Bij deze veronderstelling zijn enkele kanttekeningen te maken.

Het Noordelijk Territorium van Australië mag euthanasie dan rechtstreeks hebben gelegaliseerd en in dat opzicht Nederland schijnbaar hebben voorbijgestreefd, Nederland blijft met zijn euthanasieregeling koploper. In het Noordelijk Territorium is euthanasie bij wet slechts toegelaten bij een terminale ziekte indien palliatieve zorg geen soelaas meer mocht bieden. Niettegenstaande de handhaving van de formele strafbaarheid van levensbeëindigend handelen, biedt de Nederlandse euthanasieregeling veel ruimere mogelijkheden. De Hoge Raad achtte in 1994 weliswaar een psychiater schuldig die een vijftigjarige vrouw met een depressie middelen had verstrekt om suïcide te plegen, maar de reden daarvan was dat hij verzuimd had een onafhankelijke collega te consulteren. De mogelijkheid van een beroep op de noodtoestand bij (hulp bij) zelfdoding, ook in gevallen waarin er van een somatische aandoening geen sprake is, werd in de betreffende uitspraak van de Hoge Raad niet principieel uitgesloten (18). In tegenstelling tot de vorige minister van justitie Hirsch Ballin (19) zijn de huidige minister van justitie Sorgdrager en de minister voor volksgezondheid Borst van mening dat actieve levensbeëindiging ook buiten de terminale fase mogelijk moet zijn (20). Bovendien is in enkele proefprocessen het beroep op de noodtoestand toegekend van een gynaecoloog (Prins) en een huisarts (Kadijk) die beiden het leven van gehandicapte pasgeborenen hebben beëindigd (21). De opening daartoe werd al geboden in een brief van onder andere de christen-democraat Hirsch Ballin aan de Tweede Kamer in november 1991 (22), terwijl de oppositie alleen voor legalisering van levensbeëindiging op verzoek had gepleit. De Nederlandse euthanasieregeling werkt bovendien gebrekkig doordat 75% van de artsen de melding van euthanasiegevallen achterwege laat (23).

Beperking van de euthanasiepraktijk naar vermogen is een opdracht die uit het vijfde gebod voortvloeit. Voor moreel goed handelen is echter meer nodig dan alleen een goede intentie. Het middel waarmee het doel wordt bereikt, het object van de act, mag in zich geen moreel kwaad zijn en moet geproportioneerd zijn aan het doel. Aan de laatste voorwaarde voldoet de Nederlandse euthanasieregeling zeker niet, aangezien ze slechts een verruiming van de euthanasiepraktijk in de hand werkt. Een intrinsiek bezwaar betreft het beroep op een plichtenconflict ter rechtvaardiging van levensbeëindigend handelen, omdat er zich op het vlak van de fundamentele, uit de wezensnatuur van de menselijke persoon voortvloeiende normen geen conflicten tussen plichten kunnen voordoen. Zou dat wel mogelijk zijn, dan zou men een innerlijke contradictie in de wezensstructuur van de mens zelf moeten aannemen.

De opdracht die het vijfde gebod inhoudt, vergt op de eerste plaats van allen in de samenleving een keuze voor het leven. Alleen zo'n keuze baant het pad naar een nieuwe cultuur van het leven gebaseerd op het respect voor de intrinsieke waarde van de mens en zijn leven. Dit doet – mutatis mutandis – denken aan de keuze die Mozes in de vlakte van Moab aan de Israëlieten voorhield, vlak voordat zij het beloofde land binnentrokken: "Leven en dood houd ik u voor, zegen en vloek. Kies dan het leven, dan zult gij met uw nakomelingen het leven bezitten" (Deut. 30,19). Ondanks alle concrete historische verschillen heeft deze keuze niets aan actualiteit ingeboet.

Noten

1. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde. Het onderzoek voor de Commissie Onderzoek Medische Praktijk inzake euthanasie Sdu Uitgeverij Plantijnstraat, Den Haag 1991, p. 13-17.
2. H.T. Engelhardt, The foundations of bioethics, Oxford University Press, New York/Oxford 1986, p. 317: "I will term such a practice euthanasia where there is no actual competent consent but only presumed consent, in order to distinguish it from suicide and even assisted suicide, where a competent individual dying effects death, either alone or through the agency of another".
3. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde.., o.c., p. 29-31.
4. "Wie bent u, dokter?", in: Artsenkrant 14(1993), speciale editie, 21 december, p. 19.
5. Y. Kenis, "Artsen en actieve euthanasie. Opinie en praktijk", in: Medisch Contact 49(1994), nr. 27/28, p. 921-924 (speciaal tabel 3).
6. C.A. Stevens, R. Hassan, "Management of death, dying and euthanasia: attitudes and practices of medical practitioners in South Australia', in: Journal of medical ethics 20(1994), nr. 1, p. 41-46.
7. Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, nrs. 643 en 688.
8. "More on Oregon", in: Hastings Center Report 25(1995), nr. 5, p. 48.
9. J. Ellin, "Assisting suicide in Michigan", in: Bioethics 10(1996), nr. 1, p. 56-70.
10. G. Pence, "Dr Kervorkian and the struggle for physician-assisted dying", in: Bioethics 9(1995), nr. 1, p. 62-71, citaat op p. 62.
11. De tekst van deze wet is volledig afgedrukt in een artikel van E Singer, "The legalization ofvoluntary euthanasia in the Northern Territory", in: Bioethics 9(1995), nr. 5, p. 419-436.
12. Ibid., p. 420.
13. Hier is geciteerd Encycliek Evangelium vitae. Over de waarde en de onaantastbaarheid van het menselijk leven, Colomba, Oegstgeest 1995.
14. Zie voor een uitgebreide kritiek op de absoluutheid van het "gij zult geen onschuldige mensen doden": R.A. McCormick, The critical calling. Reflections on moral dilemmas since Vatican II, Georgetown University Press, Washington, O.C. 1989, p. 220-231.
15. W.J. Eijk, "Euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindigend handelen zonder verzoek", in: W.J. Eijk, J.P.M. Lelkens (red.), Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Colomba, Oegstgeest 1994 (=Publikaties van de Stichting Medische Ethiek nr. 1), p. 115-116.
16. W.J. Eijk, "Suïcide omdat je oud bent? Reactie van een katholiek", in: D. Pranger (red.), De zin van het rekken van het leven, Uitgeverij Kok, Kampen 1994 (=Nederlands Gesprek Centrum nr. 80), p. 152-157.
17. Vgl. de reactie van de voorzitter van het Christen-Democratisch Appèl, Helgers, in: Trouw, 31 maart 1995, p. 10; E. Hirsch Ballin, "Evangelie van leven – een strategie tegen dodelijke zinloosheid", in: Trouw, 14 april 1995, p. 11.
18. Nederlandse Jurisprudentie, 1994, nr. 656.
19. Tweede Kamer, 1991-1992,20 383, nr. 16, p. 22.

20. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, “Euthanasie. De stand van zaken”, in: Medisch Contact 50(1995), nr. 12, p. 382 en 384.
21. Zie voor de zaak Prins de uitspraak van de Arrondissementsrechtbank van Alkmaar, Parketnummer 14.010021.95, en die van het Gerechtshof Amsterdam, Arrestnummer 23002076-95. De uitspraak in de zaak Kadijk werd gedaan door de Arrondissementsrechtbank te Groningen, Parketnummer 070093-95.
22. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14.
23. P.J. van der Maas, J.J.M. van Delden, L. Pijnenborg, Medische beslissingen rond het levenseinde … , o.c., p. 37-38; vgl. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, “De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding”, in: Medisch Contact46 1992), p. 43-47; vgl. W. Sorgdrager, E. Borst-Eilers, “Euthanasie … “, o.c., p. 381.

Ethische aspecten bij de postmortale orgaandonatie

door prof.dr. W.J.Eijk, arts, moraaltheoloog en mw.dr.M.W.H. Steemers-van Winkoop, ethica, pastor
Hoofdstuk 4 uit: Postmortale orgaandonatie. Een medisch-ethische en juridische beschouwing. Van Gorcum 1996, onder redactie van de Commissie Ethiek van het Nederlands Artsenverbond

1 Inleiding
Hoe goed de intentie van de postmortale orgaandonatie ook mag zijn, toch roept zij een aantal ethische vragen op, waaraan men niet voorbij mag gaan. Zoals bij de meeste problemen uit de medische ethiek staat ook hier de vraag centraal, welk beschikkingsrecht de mens over zijn lichaam toekomt. Het antwoord op deze vraag bepaalt het uitgangspunt voor de beantwoording van allerlei deelvragen.

Met name de discussie over de orgaandonatie laat zien hoezeer men in de westerse cultuur naar een utilistisch lichaamsbeeld is toegegroeid. We vinden het als burger niet ongewoon om na onze dood organen voor transplantatie te (moeten) afstaan. Orgaantransplantaties bevorderen deze utilistische visie op het menselijk lichaam. Het levende en dode lichaam of onderdelen daarvan hebben een (her)gebruikswaarde, een economische waarde of zelfs ruilwaarde gekregen. Daarmee lijkt het lichaam niet meer zozeer ons eigen lichaam te zijn, en daarmee uitdrukking van onze persoonlijkheid, onze identiteit, maar een verzameling van voor anderen nuttige en levensreddende organen. Door de toegenomen medisch technologische beheersbaarheid, die de orgaandonatie heeft mogelijk gemaakt, dreigt de mens in meerdere opzichten zijn ‘zelfbeheersing’ te verliezen (1).

Zou het mogelijk zijn om ook op een andere manier te spreken over de relatie tussen de mens en diens lichaam? Dat kan wanneer er enige relativering van het menselijk lichaam plaats vindt en er aandacht is voor het gegeven dat de mens niet alleen een lichaam heeft, maar ook een lichaam is. Leven en dood zijn niet alleen de weergave van biologische processen, maar evenzeer van geestelijke processen. De mens is een heelheid en dat is meer dan lichamelijk. Dan komen noties als de onaantastbaarheid en beschermwaardigheid van het menselijk leven, integriteit en waardigheid van het lichaam aan de orde.

Omdat het lichaam tijdens het leven essentieel tot het zijn van de menselijke persoon hoort, deelt het ook in de waardigheid die aan de persoon toekomt. Het levende lichaam is daarom evenals de menselijke persoon zelf geen louter instrumenteel goed Cgebruiksgoed). Hieruit volgt dat de mens noch over het eigen lichaam noch over dat van zijn medemensen beschikkingsrecht heeft (2). Na de dood verandert echter de betekenis van het lichaam. Het deelt niet langer in de waardigheid van de menselijke persoon, zodat men er tot op zekere hoogte

-dat wil zeggen met respect voor de overledene en diens wil -als een instrumenteel goed over mag beschikken.

Aan de hand van dit uitgangspunt zal worden getracht op de verschillende afzonderlijke kwesties verbonden aan de postmortale orgaandonatie een antwoord te vinden.

2 De bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie op zich

2.1 De intrinsieke bezwaren
Zowel in kerkelijke als niet-kerkelijke kringen ziet men geen intrinsieke bezwaren tegen de postmortale orgaandonatie. Het uitnemen van organen die voor het leven onmisbaar zijn, zou bij een levende donor diens dood betekenen. Na het intreden van de dood is het lichaam echter niet langer het lichaam van een menselijke persoon, maar een stoffelijk overschot.

Van katholieke zijde (3) sprak Pius XII zich reeds in 1956 in algemene zin positief over de orgaandonatie na de dood uit. *"Vanuit moreel en godsdienstig perspectief kan men niets inbrengen tegen de verwijdering van de cornea van een overledene... Voor wie de corneae ontvangt, de patiënt, betekenen zij het herstel en de correctie van een defect dat vanaf de geboorte bestond of als gevolg van een ongeluk is ontstaan... Het overleden lichaam is niet langer een subject van rechten in de eigenlijke zin van het woord: want het lichaam is niet de drager van een menselijke persoon meer die alleen subject van rechten kan zijn. De extirpatie is niet langer het verwijderen van een goed; de gezichtsorganen (hun aanwezigheid, hun integriteit) dienen geen enkel doel meer"* (4).

Bij herhaling heeft de huidige paus Johannes Paulus II de gelovigen opgeroepen hun organen na de dood voor transplantatie ter beschikking te stellen (5). De Duitse bisschoppenconferentie heeft samen met de Rat der Evangelischen Kirche in Deutschland in 1989 en 1990 zich positief over de postmortale orgaandonatie uitgelaten (6).

Ook binnen de diverse protestantse kerkgenootschappen in Nederland is de postmortale orgaanexplantatie praktisch algemeen aanvaard (7). Blijkens een vraag gesteld tij dens de discussie naar aanleiding van een lezing over het onderhavige onderwerp voor het NAV op 16 maart 1991 leeft in sommige orthodox-protestants-christelijke kringen als bezwaar tegen postmortale orgaandonatie, dat jezus Christus na de kruisiging met zijn integrale lichaam in het graf is gelegd. Hier zou uit kunnen worden afgeleid, dat de christen met zijn gehele lichaam begraven dient te worden en postmortale orgaanexplantatie moreel verwerpelijk is. Het openen van het lichaam na de dood en het verwijderen van de organen zouden niet verenigbaar zijn met het geloof in de verrijzenis van het lichaam (8). Een "argumentum ad hominem" tegen deze visie is dat jezus niet met Zijn integrale lichaam in het graf werd gelegd. Zijn handen en voeten waren met spijkers en Zijn zijde met een lans doorboord. De kruisdood is voornamelijk een dood door bloedverlies. Bovendien zouden, wanneer geen enkele mutilatie van het lichaam toelaatbaar zou zijn, chirurgische ingrepen moeten worden afgewezen. Een fundamenteel argument is dat normen, zoals die betreffende de menselijke persoon en het respect dat men jegens zijn stoffelijk overschot verschuldigd is, met het mens-zijn als zodanig samenhangen, dat wil zeggen: op de eerste plaats met de scheppingsorde en niet met de verlossingsorde.

Binnen de seculiere bioëthiek is de postmortale orgaandonatie in principe zonder meer aanvaard (9).

2.2 Bezwaren vanuit de keuzen in de gezondheidszorg
Een verder bezwaar tegen postmortale orgaandonatie betreft de vraag, of de grote kosten waarmee zij gepaard gaat – mede gelet op het succespercentage -gerechtvaardigd zijn, vooral nu keuzen in de gezondheidszorg onvermijdelijk zijn geworden.

De postmortale orgaandonatie is een kostbare onderneming vanwege de voorbereidende maatregelen die bij de kandidaat-donor moeten worden getroffen, de explantatie, het vervoer van de donororganen, de eventuele opslag in orgaanbanken, de bemiddeling door orgaancentra en de transplantatiechirurgie. Bovendien zullen ook grote uitgaven gemoeid zijn met de bevordering van de orgaandonatie door middel van intensieve voorlichting en de registratie van eventuele orgaandonoren onder alle leden van de Nederlandse bevolking vanaf achttien jaar. Voorstellen voor de registratie van kandidaatdonoren zijn gedaan in het Voorstel van Wet op de Orgaandonatie, dat de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Simons, en de Minister van Justitie, Hirsch Ballin, beide uit het voormalige kabinet Lubbers-III, in oktober 1991 aan de Tweede Kamer hebben aangeboden. (10)

Hoge kosten zijn ook verbonden aan de experimentele ontwikkeling van de orgaandonatie. Zo zijn de kosten voor een research programma betreffende anencefale pasgeborenen als orgaandonoren aan de Loma Linda Universiteit in Californië geschat op $ 250.000 (11). Dit is een hoog bedrag, wanneer men bedenkt dat het programma in zijn geheel slechts 12 kinderen met anencefalie omvatte en geen enkele geslaagde transplantatie heeft op geleverd.

Hier staat echter tegenover, dat orgaantransplantatie ook een kostenbesparend effect kan hebben. Na een geslaagde niertransplantatie is geen nierdialyse meer nodig. Deze behandeling, die op zich al kostbaar is, brengt bovendien een hoog werkverzuim van de patiënt met zich mee. Het is daarom de vraag, in hoeverre de hoge uitgaven voor de ontwikkeling van de postmortale orgaandonatie niet worden gecompenseerd, doordat andere kostbare medische ingrepen komen te vervallen. Uit een onderzoek in de Verenigde Staten uit 1983 bleek dat de totale kosten verbonden aan een geslaagde niertransplantatie als de donornier gedurende minstens vier jaar goed functioneert, lager zijn dan die welke de voortzetting van de dialyse gedurende diezelfde periode met zich zou hebben meegebracht (12).

Bovendien vergt de zogenaamde “hoge technologie,” waaronder de transplantatiegeneeskunde valt, slechts enkele procenten van het totale budget voor de gezondheidszorg, omdat relatief weinig patiënten er gebruik van maken. Het grootste deel wordt besteed aan de zogeheten “lage technologie,” waartoe klinisch-chemisch laboratoriumonderzoek, electrocardiografie en de toepassing van nIeuwe geneesmiddelen worden gerekend (13).

3 De zekerheid van de dood van de donor als absolute voorwaarde voor explantatie

In de meeste gevallen moet de orgaanexplantatie plaatsvinden op een moment, dat de ademhaling en de bloedsomloop nog intact zijn. Een situatie waarin het lichaam van een overledene een intacte ademhaling en bloedsomloop heeft, doet zich alleen maar voor bij een beademde patiënt bij wie een totale hersendood is vastgesteld. De partiële hersendood is geen adequaat criterium voor de dood van het menselijk individu als geheel.

Wanneer doodscriteria onzorgvuldig worden vastgelegd en gehanteerd, dan kan het gebeuren dat een donor te vroeg dood wordt verklaard en overlijdt aan de gevolgen van de explantatie. Hoe groot het belang van de ontvanger ook is en hoe indringend zijn of haar nood ook is, het mag niet voorkomen dat mensen worden doodverklaard die dat (nog) niet zijn. Hiermee dreigt immers een fundamenteel recht van de donor geschaad te worden, namelijk het recht op leven en de aanspraak op de beschermwaardigheid van dat leven, ook en juist dan wanneer zich dat in een terminale fase of bijna-dood-situatie bevindt. Wanneer er sprake is van enige twijfel over de vraag of iemand dood is of niet dient men zich te onthouden van orgaanexplantatie volgens het adagium ‘in dubio abstine.’ Zodra totale hersendood is vastgesteld, bestaat er zekerheid dat het lichaam niet langer het lichaam van een menselijke persoon is. Het uitnemen van – voor het leven onmisbare – organen

impliceert dan niet meer het doden van de betrokken persoon.

Om een eventuele vermenging van belangen te voorkomen zal vereist moeten worden, dat de arts die de diagnose hersendood stelt, niet deel uitmaakt van het team dat de transplantatie uitvoert. Voorts mag hij niet zijn gerelateerd aan de potentiële ontvanger of diens familieleden.

Schulp, die het gebruik van de hersendood als doodscriterium afwijst, acht het wel bruikbaar als teken dat de dood spoedig zal intreden. Eventueel zouden donororganen volgens hem nog vóór de dood van de donor uit diens lichaam mogen worden uitgenomen, wanneer op basis van de hersendood mag worden verwacht, dat hij spoedig zal overlijden: *"Wellicht is dan het moment gekomen om iemand die zijn organen als vrije gift voor zijn (onbekende) vrienden wenste in te zetten, daar de mogelijkheid toe te bieden, al kost dit de donor het laatste restje leven (14).*"

Dit zou een vorm van zelfopoffering zijn naar het voorbeeld van Christus' kruisdood ten behoeve van het heil van de mensheid.

Zolang de donor leeft, is orgaanexplantatie actieve levensbeëindiging, ook al gaat het om "het laatste restje leven". Mocht de patiënt zelf tevoren toestemming hebben gegeven, dan gaat het hier om een geval van directe suïcide bij volmacht. Directe suïcide als een vorm van zelfopoffering, bijvoorbeeld van een zieke die op deze wijze de financiële ondergang van zijn gezin wil voorkomen, is verdedigd door Bonhoeffer. (15) De mens is echter een eenheid van lichaam en geest. Omdat het lichaam essentieel tot de menselijke persoon behoort, impliceert directe suïcide dat de mens over zichzelf als zuiver middel tot een zelfgekozen doel beschikt. Hoe nobel het doel, in dit geval het schenken van de eigen organen, ook mag zijn, dit beschikkingsrecht over het eigen leven komt de mens niet toe (16). Een verwijzing naar de kruisdood van Christus ten behoeve van de mensheid is hier niet op zijn plaats. Zijn dood kwam door een vrije wilsbeslissing van anderen en niet van hemzelf tot stand, zodat van Hem niet kan worden gezegd dat Hij over het eigen leven heeft beschikt.

In het Voorstel van Wet op de orgaandonatie wordt toegestaan, dat met orgaan-preserverende maatregelen – zoals het kunstmatig in stand houden van ademhaling en bloedsomloop of het perfunderen van de nieren met een koude vloeistof via een catheter in de liesslagader – wordt begonnen, "op het moment dat de verantwoordelijke arts op grond van zijn kennis en ervaring van oordeel is dat de dood is ingetreden (17). Dit betekent dat klinisch onderzoek voor de hersendooddiagnostiek in dit geval voldoende wordt geacht. Als reden wordt genoemd dat met het vaststellen van hersendood met behulp van electro-encefalografie teveel tijd verloren zou gaan vanwege de wettelijk vereiste tijdsruimte tussen het eerste en het tweede electro-encefalogram.

Tegen deze bepaling bestaan geen medische en fundamentele ethische bezwaren. De diagnostiek van de hersendood berust, zoals gezegd, uiteindelijk op het aantonen van een irreversibele uitval van de hersenstam, die niet met behulp van electro-encefalografie, maar door klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen wordt vastgesteld. In de Angelsaksische landen (18) wordt binnen het kader van de hersendooddiagnostiek electro-encefalografisch onderzoek zelfs in het geheel niet vereist, en dat op goede medische en ethische gronden.

4 Het beleid bij potentiële orgaandonoren

Aan eventuele postmortale orgaandonatie wordt gedacht vanaf het moment, dat de prognose van een comateuze patiënt infaust blijkt. Normaal is dat een indicatie tot abstineren. Wordt de patiënt echter als potentiële donor beschouwd, dan wordt gepoogd zijn leven door middel van kunstmatige beademing in stand te houden, totdat een irreversibele uitval van de hersenstam is geconstateerd. Om tijd te winnen zal, nog voordat de donor is overleden, al een HLA-typering worden uitgevoerd en de functies van de diverse toekomstige

donororganen worden onderzocht. Bovendien wordt onderzoek gedaan naar overdraagbare aandoeningen als hepatitis-B, hepatitis-C en HIV-infectie. Kortom, er worden allerlei maatregelen genomen die voor de patiënt zelf geen therapeutische betekenis meer hebben, maar louter op het behoud van de donororganen zijn gericht. Noch moreel noch juridisch valt dit gemakkelijk te verdedigen, aldus Dupuis, die tevens constateert dat er aan dit probleem in de literatuur opmerkelijk weinig aandacht wordt besteed (19).

Primair staat hier niet vraag, of al deze maatregelen voor de betrokkene belastend zijn. Bij een comateuze patiënt valt dat niet vast te stellen. Heeft hij tevoren toestemming voor de orgaandonatie gegeven, dan mag men veronderstellen dat hij een zekere belasting die de daarvoor benodigde procedure met zich mee mocht brengen, vrijwillig heeft geaccepteerd, mits hij adequaat was voorgelicht. Bovendien is bij een totale uitval van de hersenschors en de hogere hersenkernen uitgesloten, dat de betrokken persoon zich van enige belasting bewust is.

Centraal staat hier de vraag, of de patiënt binnen het geschetste beleid niet als instrumenteel goed wordt gebruikt en aldus zijn intrinsieke waardigheid als doel in zich wordt geschonden. Het antwoord wordt gevonden in de deugdenethiek, die vanaf het einde vorige eeuw onder invloed van het neo-thomisme binnen de katholieke moraaltheologie (20) en sinds enkele tientallen jaren ook in de seculiere (bio)ethiek een herwaardering heeft ondergaan (21). De deugden laten zien, welke relatie er bestaat tussen de handelende persoon en de door hem verrichte moreel goede handeling. Het herhaald verrichten van moreel goede handelingen leidt tot de vorming van deugden, stabiele moreel goede karaktereigenschappen. Wie bij herhaling prudente beslissingen neemt, wordt prudent. Wie zich toelegt op de discretie, wordt een discreet mens. Hetzelfde geldt voor de altruïstische handeling. De goede handeling wordt steeds spontaner en met meer gemak gesteld, doordat de persoon innerlijk verandert, dat wil zeggen zelf een goed mens wordt. Bij de verrichting van een goede handeling is daardoor de persoon zelf ook mede het doel van de handeling, ook al zal deze wat betreft de primair beoogde effecten op anderen zijn gericht.

De vrijwillige donatie van de eigen organen beantwoordt aan de deugd van de broederliefde, het altruïsme of de solidariteit. Vanuit dit gezichtspunt bezien hebben de levensverlengende en diagnostische ingrepen – voor zover nodig ten behoeve van de orgaandonatie – ook de donor zelf tot doel. Daarom wordt de donor niet tot louter instrumenteel goed gedegradeerd, mits hij zelf de orgaandonatie heeft toegestaan.

Deze laatste voorwaarde is essentieel. De deugden vinden uiteindelijk hun wortel in vrij gekozen handelingen. Zolang onbekend is of de kandidaatdonor toestemming heeft gegeven, impliceert het treffen van de voorbereidende en preserverende maatregelen, dat de patiënt wordt geïnstrumentaliseerd. Het lijkt om deze reden niet acceptabel, dat familieleden toestemming kunnen geven voor het treffen van allerlei orgaan-preserverende maatregelen. Hun recht om – bij ontstentenis van een wilsverklaring van de betrokkene – te beslissen over orgaandonatie en het initiëren van de daartoe noodzakelijke procedure begint pas na de dood van de donor (22).

Het spreekt vanzelf dat de preserverende maatregelen niet met de normale geneeskundige zorg strijdig mogen zijn. Zij mogen alleen bij een infauste prognose worden toegepast, als uitstel ervan tot nà de dood tot irreversibele beschadiging van de donororganen zou leiden.

5 Het beschikkingsrecht over het lichaam van de overledene

5.1 Is een wilsbeschikking van de overledene vereist?
Naar algemene overtuiging moet een wilsbeschikking worden gerespecteerd. De praktijk van de postmortale orgaandonatie zou daarom veel eenvoudiger zijn, wanneer iedere Nederlander een codicil bij zich droeg, een

wilsbeschikking omtrent wat er met zijn lichaam en zijn organen na de dood mag gebeuren. Het aanbod aan donororganen zou zodoende sterk kunnen stijgen. Op dit moment heeft slechts een minderheid een codicil op zak. Vandaar dat er stemmen opgaan om de leden van de bevolking bij wet te dwingen tijdens hun leven via een wilsbeschikking kenbaar te maken of zij al dan niet na overlijden als orgaandonor willen fungeren.

Een dergelijke dwang ligt vervat in het zogenaamde geen-bezwaarsysteem. Dit houdt in dat iemand zonder meer geacht wordt orgaandonor te zijn, tenzij hij uitdrukkelijk daartegen bezwaar heeft aangetekend en dat officieel heeft laten registreren. Laat iemand dit na, dan kunnen zijn organen na overlijden zonder meer voor transplantatie doeleinden uit zijn lichaam worden verwijderd. Het hoeft geen betoog dat de invoering van dit systeem vereist dat tevoren een betrouwbare en waterdichte registratie van de eventuele bezwaren gegarandeerd is.

Binnen het geen-bezwaar-systeem moet iedere burger een keuze maken. Dit ligt principieel anders bij een toestemmingssysteem, waarbij iemand pas als orgaandonor in aanmerking komt, wanneer hij daar uitdrukkelijk toestemming voor heeft gegeven. Mocht iemand dat nalaten, dan geldt hij niet als donor. Dit systeem dwingt niet tot een keuze, maar verlangt een actieve handeling van degene die zijn organen na de dood wil afstaan.

Het wetsvoorstel van Staatssecretaris Simons houdt in dat het gemeentebestuur eenmaal per jaar aan alle ingezetenen, die de leeftijd van achttien jaar bereiken, een voorgedrukte donorkaart toezendt waarop zij hun wil inzake postmortale orgaandonatie kenbaar kunnen maken. In een centraal register worden toestemming tot donatie of bezwaar ertegen bijgehouden (of dit centraal systeem haalbaar is, staat overigens nog ter discussie). Te allen tijde kan deze wilsverklaring worden herroepen (23).

5.2 Het toestemmingsysteem versus het geen-bezwaarsysteem

Het aanbod aan donororganen zal bij invoering van een geen-bezwaarsysteem ongetwijfeld stijgen. Het verlangt immers van degene die geen donor wil zijn, een actieve handeling – het aantekenen van bezwaar – die vaak zal worden nagelaten. Bij het toestemmingsysteem wordt daarentegen juist degene die tot orgaandonatie bereid is, geacht stappen te ondernemen om dat kenbaar te maken. Omdat velen dit niet doen, moet men bij een toestemmingsysteem in de meeste gevallen de naaste familieleden om toestemming vragen. Betrokken artsen en verpleegkundigen zien er echter tegenop om onder toch al emotioneel beladen omstandigheden de familie ook nog te confronteren met een verzoek om orgaandonatie.

Ervaringen in andere landen hebben uitgewezen dat een geen-bezwaarsysteem tot een verhoogd aanbod van donororganen leidt. De invoering ervan in België leidde tot een stijging van het aantal donornieren met 86% en van andere organen zelfs met 183%. In Singapore bedroeg het aantal donornieren in de jaren zeventig en de eerste helft van de jaren tachtig bij toepassing van een toestemmingssysteem slechts enkele per jaar. In 1987 werd er een geen-bezwaarsysteem ingevoerd, dat inhoudt dat alle wilsbekwame burgers of ingezetenen tussen de 21 en 60 jaar oud die het slachtoffer zijn geworden van een verkeersongeluk, als nierdonoren gelden, tenzij zij tevoren bezwaar daartegen hebben aangetekend. Instemming van de familie is niet vereist. Met de religieuze opvattingen van Moslims wordt rekening gehouden, in die zin dat van hen automatisch wordt aangenomen dat zij bezwaar tegen orgaanexplantatie maken, ook al hebben zij dat niet uitdrukkelijk laten registreren. Dit gecombineerde systeem had een gunstig effect op het aantal beschikbare donornieren, zoals blijkt uit de tabel 1 (24).

Jaar	Human Organ Transplant Act	Vrijwillige toezegging	Totaal
1970-1976		gemiddeld 3 per jaar	gemiddeld 3 per jaar
1977		0	0

1978		2	2
1979		0	0
1980		0	0
1981		0	0
1982		6	6
1983		7	7
1984		14	14
1985		1	1
1986		15	15
1987		16	16
1988	16	7	23
1989	15	11	26

Van 16 van de lidstaten van de Raad van Europa (in totaal 22) die een wet- en regelgeving voor orgaandonatie kennen, hebben er 13 het geen-bezwaarsysteem ingevoerd. Het betreft België, Luxemburg, Frankrijk, Italië, Denemarken, Finland, Noorwegen, Oostenrijk, Zwitserland, Spanje, Portugal, Griekenland en Cyprus.

Tegenstanders van het geen-bezwaarsysteem wijzen erop dat de autonomie van het individu wordt geschonden, wanneer hij als gevolg van een wettelijke bepaling aan een keuze voor of tegen postmortale orgaandonatie niet zou kunnen ontkomen. Is dit een terechte constatering?

De praktijk laat zien dat er een grote groep mensen is die niet nadenkt over de noodzaak en consequenties van orgaandonatie en daardoor niet toekomt aan een vorm van zelfbeschikking. Deze nalatigheid is onjuist te noemen, ook wanneer er geen orgaandonatie in het geding is. De mens heeft de taak om zich op een onverwacht sterven voor te bereiden. Velen zijn zich van die verantwoordelijkheid bewust door het nemen van een uitvaartpolis of het bespreken van wensen in geval van plotseling overlijden. Het zou goed zijn om in dit kader ook na te denken over eventuele orgaandonatie.

De mens dient zich, zeker in deze tijd, te bezinnen over zijn levenseinde. Men kan plotseling en onverwacht sterven of na een lang leven. Het is voor de nabestaanden een troost te weten dat de overledene voorbereid was in die zin dat hij zijn wil geformuleerd heeft. Voor de overledene zelf is het noodzakelijk zich voor te bereiden op een (mogelijk ontijdig) sterven.

Daar komt bij dat de individuen in onze samenleving in tal van andere situaties ook voor een keuze worden gesteld. Wanneer een kind de leeftijd heeft bereikt dat het naar de basisschool moet, zijn de ouders gedwongen om een school voor hun kind te kiezen. Deze keuze impliceert in ons land in principe tevens een fundamenteel levensbeschouwelijke keuze, ook al zal niet elk ouderpaar zich daar zo bewust van zijn. Ook in de geneeskunde komen vergelijkbare situaties voor. Een patiënt aan wie door de arts de mogelijkheid van een levensverlengende handeling wordt aangeboden, moet een keuze maken deze al dan niet te ondergaan.

Dat iemand voor een keuze wordt gesteld, valt dus op zich zowel moreel als juridisch te rechtvaardigen. Een geen-bezwaar-systeem is daarom niet perse verwerpelijk, mits de patiënt in alle vrijheid kan uitmaken, of hij zijn organen na de dood wel of niet voor transplantatiedoeleinden ter beschikking stelt. Voor dit laatste is vereist

dat alle leden van de samenleving uitgebreid en op een voor hen begrijpelijke wijze zijn voorgelicht. Zij moeten duidelijkheid hebben omtrent het doel van de orgaandonatie en de resultaten die ermee bereikt kunnen worden. Verder zouden zij zich moeten realiseren dat een lichaam ondanks dat het als gevolg van kunstmatige beademing rose, warm en met kloppend hart in bed ligt, na vaststelling van de totale hersendood feitelijk een beademd lijk is. Momenteel is dit fenomeen onder het grote publiek onvoldoende bekend.

Wil men iedereen voor een echt vrije keuze stellen, dan moet bovendien elke vorm van morele druk worden vermeden. Uitspraken als “uw nalatigheid kost anderen het leven” zijn onterecht en zetten mensen nodeloos onder druk om zich als donor ter beschikking te stellen, terwijl zij deze beslissing niet willen of kunnen nemen.

Hoewel het geen-bezwaarsysteem niet fundamenteel verwerpelijk is, is het wel de vraag of het prudent is het op korte termijn door te voeren. De genoemde intensieve voorlichting van de bevolking vergt een periode van minstens vijf jaar. Voordat een geen-bezwaarsysteem wordt doorgevoerd, moet er bovendien de principiële bereidheid bestaan om voor transplantatie extra geld uit te trekken, als het aantal donororganen inderdaad mocht stijgen.

Of invoering ervan prudent is, hangt tevens af van de verwachten acceptatie onder de bevolking. Het geen-bezwaarsysteem heeft in Frankrijk niet het beoogde effect gesorteerd, omdat de familiebanden er van dien aard zijn dat artsen in de praktijk zonder toestemming van de familieleden niet tot orgaanexplantatie overgaan en dus feitelijk volgens een toestemmingssysteem te werk gaan (25). Tot voor kort leek het geen-bezwaarsysteem in Nederland weinig weerstand op te roepen (26). De Gezondheidsraad (1990) (27), de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (28) en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1990) zijn van mening dat bij afwezigheid van een wilsverklaring van de overledene, in die zin dat hij noch toestemming voor orgaanuitname heeft gegeven noch bezwaar ertegen heeft aangetekend, het uitnemen van de organen toch mogelijk moet zijn. De Commissie Medische Ethiek van de KNMG koos in haar pre-advies aan het hoofdbestuur ook voor een toestemmingssysteem, omdat naar haar mening afwezigheid van een wilsverklaring eventuele bezwaren niet uitsluit. Desalniettemin geeft het Hoofdbestuur van de KNMG de voorkeur aan een geen-bezwaarsysteem omdat het verwacht dat binnen dit systeem meer donororganen ter beschikking zullen komen (29), Tijdens de bespreking van het voorliggende Voorstel van wet op de orgaandonatie in de Tweede Kamer bleek uit de commotie zowel in de Kamer zelf als in de media naar aanleiding van het voorstel van de CDA-fractie om een geen-bezwaar-systeem in te voeren, dat de acceptatie ervan in ons land geenszins vanzelfsprekend is. Invoering van een geen-bezwaarsysteem op korte termijn is daarom niet prudent.

Tot slot moet worden opgemerkt dat het ‘gave-karakter’ van de orgaandonatie beter tot zijn recht komt bij een toestemmingsysteem (30). Het waarborgen van een vrije beslissing en correcte voorlichting kunnen er echter toe leiden dat ook binnen het geen-bezwaar-systeem het te doneren orgaan daadwerkelijk een geschenk blijft en ook ook als zodanig ervaren wordt.

5.3 Hoever reikt het beschikkingsrecht van de familie?
In hoeverre moet met de wensen van de familie rekening worden gehouden? Zowel volgens de op dit moment vigerende regeling van de orgaandonatie in de Wet op de Lijkbezorging als ook volgens het Voorstel van Wet op de orgaandonatie (31) heeft de familie een subsidiair toestemmingsrecht. Dat wil zeggen dat bij ontstentenis van een wilsverklaring van een meerderjarige donor de naaste familie en bij een menselijke vrucht of een minderjarige de ouders of de voogd voor orgaanexplantatie toestemming kunnen geven.

In zijn Tweede Nota van Wijziging heeft staatssecretaris Simons van het kabinet Lubbers-III als extra mogelijkheid toegevoegd, dat middels de donorkaart de beslissing over de orgaandonatie bij voorbaat expliciet aan de nabestaanden wordt overgelaten. Naast het feit dat het wetsvoorstel op zich al de mogelijkheid inhoudt

om de familie te laten beslissen, is als bezwaar hiertegen opgeworpen dat deze regeling het aanbod aan donororganen nog verder zou kunnen doen afnemen. Als de donor zijn familieleden niet via de donorkaart expliciet heeft willen machtigen, dan zou dat voor hen een reden kunnen zijn hun toestemming tot orgaanexplantatie te weigeren (32).

In de praktijk wordt ondanks de toestemming van de donor middels een codicil toch met de wens van de familieleden rekening gehouden en van orgaanexplantatie afgezien, als zij zich daartegen verzetten. De vraag is of dat valt te rechtvaardigen. Het komt vaker voor dat de nabestaanden het met de wilsbeschikking van de overledene in de vorm van een testament niet eens zijn. Dat is echter geen reden om van diens wilsbeschikking af te wijken. Waarom zou dat bij postmortale orgaandonatie dan anders liggen?

Het stoffelijk overschot van de overledene heeft zeker bij goede onderlinge relaties voor naaste familieleden een waarde van een volstrekt andere orde dan zijn bezittingen. Aan dit gegeven kan men niet zonder meer voorbijgaan, ook al zal de overledene zelf toestemming voor orgaanexplantatie hebben gegeven of er geen bezwaar tegen hebben gehad. Serieus dient overwogen te worden de wens van de naaste familieleden le laten prevaleren, als de emotionele belasting ten gevolge van sectie en explantatie hun psychische draagkracht dreigt te overschrijden.

5.4 Kan de gemeenschap het lijk voor de orgaanexplantatie vorderen?
Wie ernstig ziek is en alleen door orgaantransplantatie kan voortleven of kan leven op een voor hem aanvaardbaar niveau, heeft belang bij het op tijd beschikbaar komen van het juiste orgaan. Wanneer de ‘gave-om-niet’ uitblijft, dan kan de idee post vatten dat men een recht op een donororgaan heeft en dit recht vervolgens afdwingen. In meerdere landen – waaronder de Verenigde Staten van Amerika – worden momenteel juridische procedures aangespannen waarmee men probeert familieleden die over organen met weefsel typen beschikken die goed bij een bepaalde ontvanger passen, te dwingen tot het bij leven afstaan van die weefsels of dat orgaan dat paarsgewijze in het lichaam voorkomt. In de meeste gevallen gaat het om botweefsel of een nier. Tot nu toe zijn er geen uitspraken die een dergelijk recht bevestigen, maar de vragen zijn er wel (33).

De rechter zou alleen tegen de wil van de donor en eventueel die van zijn familieleden kunnen ingaan, als het lichaam van een overledene eigendom van de gemeenschap zou zijn. De Italiaanse moraaltheoloog Ciccone acht zelfs een wet die de explantatie van organen tegen de uitdrukkelijke wil van de overledene mogelijk maakt, een “legitieme interventie om zeer nadelige consequenties voor het leven van anderen te voorkomen, die voortvloeien uit de vooroordelen en verkeerde inzichten van sommigen” (34).

Hier stoten we op het moeilijke vraagstuk van de verhouding tussen de individuen en de maatschappij als geheel. In 1956 wees Pius XII op het essentiële verschil tussen de fysieke eenheid van het menselijk lichaam en de morele eenheid die de gemeenschap vormt. De delen van een fysieke eenheid, bijvoorbeeld de delen van het lichaam, gaan totaal op in het geheel, zodat zij geen enkele zelfstandigheid hebben en slechts ten behoeve van het geheel bestaan. Een morele eenheid zoals de mensheid of de gemeenschap vormt daarentegen slechts een geheel op het vlak van het handelen en de gemeenschappelijke finaliteit. Wat betreft zijn zijn is de menselijke persoon doel in zich en niet louter middel, ook niet ten behoeve van de gemeenschap. De gemeenschap kan dus wel eisen stellen aan haar leden op het vlak van het handelen, maar mag niet over henzelf en hun lichaam beschikken (35).

Deze redenering geldt op de eerste plaats voor levende donoren, maar ook na de dood verdient het menselijk lichaam respect. Iets van de waardigheid van de menselijke persoon, waar het lichaam aan geparticipeerd heeft, blijft na de dood.

5.5 Welk respect is men tegenover het menselijk lijk verschuldigd?

De integriteit van het dode lichaam wordt door de orgaanexplantatie sterk geschonden. Zo wordt bij een multi-orgaandonatie het lichaam van de overledene maximaal geopend, hetgeen betekent dat er een incisie wordt gemaakt vanaf het sleutelbeen tot het schaambeen, waarbij zoveel mogelijk nog bruikbare organen worden verwijderd. Het dode lichaam wordt hierbij zonder meer als een instrumenteel goed bejegend. Hiertegen bestaan geen essentiële ethische bezwaren, omdat het dode lichaam niet langer rechtstreeks in de waardigheid van de menselijke persoon participeert. Het is niet langer “subject van rechten” (36). Omdat het echter wel intrinsiek onderdeel van een menselijke persoon is geweest, verdient het – zoals gezegd – respect en moet met de wensen van de overledene en diens naaste verwanten rekening worden gehouden. Volgens het Nederlandse recht bestaat er ook na het overlijden een (persoonlijksheids)recht op de integriteit van het lichaam (37).

6 Is postmortale orgaandonatie een morele verplichting?

6.1 Een morele plicht van de kant van de donor?
Het maakt veel uit of men de postmortale orgaandonatie ziet als een daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme, ofwel als een kwestie van rechtvaardigheid. Als zij onder de deugd van de rechtvaardigheid zou vallen, dan zou er een strikte verplichting tot postmortale orgaandonatie bestaan. De weigering om de organen na overlijden voor transplantatiedoeleinden ter beschikking te stellen, zou dan immoreel zijn. Volgens Ciccone betekent zo’n weigering dat *“men er de voorkeur aan geeft het eigen lichaam met al zijn organen nutteloos te laten vergaan in het graf, in plaats van ze te laten gebruiken om anderen van een vroegtijdige dood te redden. Een dergelijk keuze kan slechts als irrationeel, absurd, en alleen alom deze reden ethisch ontoelaatbaar worden geacht”* (38).

Dezelfde tendens wordt ook aangetroffen in de verklaring van de Duitse bisschoppenconferentie van 2 juli 1990, waarin gesteld wordt dat in een noodgeval (en dus niet ten principale) het recht van de ontvanger van een orgaan om te leven prevaleert boven het recht van de overleden donor om met zijn organen begraven te worden.

Ciccone ziet een analogie tussen de weigering om voedsel te geven aan iemand die op het punt staat te verhongeren, en de weigering organen te schenken aan iemand voor wie de vervanging van een orgaan levensnoodzakelijk is. Deze analogie gaat echter mank in zoverre dat organen onderdeel van het eigen lichaam uitmaken en voedsel niet. Een medemens heeft zonder meer recht op voedsel, wanneer hij het zelf niet heeft en ik hem dat kan verschaffen, maar geen strikt recht op mijn organen, ook niet na mijn overlijden. De donatie van organen is ongetwijfeld moreel gezien een heel goede handeling, maar de zaken mogen niet worden omgedraaid. Een moreel goede handeling is niet altijd en overal verplicht. De orgaandonatie is een zeer verdienstelijke daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme, de nalatigheid waarvan niet van dien aard is dat zij verwijtbaar zou zijn. Daarom, zei Pius XII, *“moet men de vrijheid en de vrijwilligheid van de belanghebbenden respecteren; men moet deze kwestie niet voorstellen als iets dat onder gewone omstandigheden een plicht is of een verplichte act van liefde”* (39).

Johannes Paulus II (april 1990) noemt “de urgente nood aan een snelle beschikbaarheid van organen voor niertransplantatie” voor de gelovigen een “uitdaging aan hun edelmoedigheid en broederliefde” (4O). Ook de protestantse kerken in Nederland achten de plicht tot naastenliefde en solidariteit niet zo sterk dat daaruit zonder meer een plicht tot (postmortale) orgaandonatie kan worden afgeleid. Deze plicht gaat in hun ogen slechts zover dat de mens gehouden is om na te denken over het thema orgaandonatie, opdat hij een weloverwogen besluit voor dan wel tegen orgaandonatie kan nemen (41).

Binnen de seculiere bioëthiek wordt orgaandonatie wel een bovennormale plicht genoemd, dat wil zeggen een wenselijke maar niet moreel verplichte handeling, vanwege de diverse opvattingen die er rond postmortale

orgaanexplantatie bestaan, en het respect voor de autonomie van de donor (42).

6.2 Een morele plicht van de kant van het ziekenhuis

Aan donororganen bestaat een grote behoefte en de transplantatie kan voor menigeen levensbehoud of bevrijding van de afhankelijkheid van machines (nierdialyse) betekenen. Bij invoering van een geen-bezwaarsysteem moet ermee rekening worden gehouden dat de ziekenhuizen onder een zekere druk komen te staan om bij elke potentiële kandidaat die geen bezwaar heeft aangetekend, de procedure voor orgaandonatie na het overlijden in gang te zetten. Dit is vooral voor de kleinere ziekenhuizen uitermate belastend. Bovendien kunnen zich verschillende redenen voordoen om van orgaanexplantatie af te zien. Het lijkt daarom onredelijk in dit verband voor de ziekenhuizen een verplichting in te voeren (43).

7 De rechtvaardige verdeling van de beschikbare donororganen

Als gevolg van de schaarste aan donororganen overtreft de vraag het aanbod. Daardoor ontstaat het moeilijke probleem van de rechtvaardige verdeling van de donororganen. Welke recipiënt komt het eerst in aanmerking? Welke selectiecriteria kunnen worden gehanteerd met betrekking tot de screening van potentiële recipiënten?

7.1 Het selectieniveau

Voordat de vraag naar de selectiecriteria kan worden gesteld, moet eerst helder zijn op welk niveau de selectie plaats gaat vinden (44). Dit kan op micro-niveau plaatsvinden, hetgeen inhoudt dat de arts of het team in individuele gevallen beslist wie een ter beschikking gekomen orgaan zal ontvangen. Hier zijn ongetwijfeld nadelen aan verbonden. De arts heeft een persoonlijke relatie met zijn patiënten en zou zich een rechter over hun lot kunnen voelen met alle spanningen van dien. Dit lijken redenen om de voorkeur te geven aan een selectie op macro-niveau. Deze vindt plaats, doordat de overheid, de ziektekostenverzekeraars of eventuele andere overkoepelende instanties bepaalde categorieën patiënten van orgaantransplantatie uitsluiten. Dit gebeurt zonder aanzien des persoons, zodat deze fundamentele schending van de verdelende rechtvaardigheid structureel wordt vermeden.

7.2 Selectie op macro-niveau

Redenen voor het uitsluiten van bepaalde categorieën kunnen zijn de geringe kans op succes en de kosten die aan de transplantatie van bepaalde organen verbonden zijn. Op medische gronden kan men bijvoorbeeld een minder grote kans op succes verwachten van niertransplantatie bij diabetes mellitus, hooggeïmmuniseerde patiënten, de tweede of derde poging tot niertransplantatie en gebrekkige compliantie van de kant van de patiënt tijdens de dialyse. Morele factoren spelen een rol bij Jehova’s getuigen, die op basis van hun uitleg van bepaalde bijbelteksten (Leviticus 7, 26-27 en Handelingen 15, 28-29) bloedtransfusie afwijzen, welke bij een niertransplantatie in de regel moeilijk gemist kan worden. De Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging is van oordeel dat Jehova’s Getuigen met chronische irreversibele nierinsufficiëntie desondanks voor niertransplantatie in aanmerking dienen te komen (45).

Hoewel selectie op macro-niveau ontegenzeggelijk enkele voordelen biedt, kleven aan het systematisch buitensluiten van bepaalde groepen ook grote bezwaren. Wanneer patiënten die tot een buitengesloten categorie behoren, zich dat realiseren, kunnen zij zich ook als mens afgeschreven voelen en de moed verliezen, omdat hen alle hoop op de enige redding die er voor hen is, ontnomen wordt. Het is bovendien niet ondenkbaar dat een patiënt uit een categorie die niet voor transplantatie in aanmerking komt, vanwege zijn belang voor anderen – bijvoorbeeld zijn gezin – toch meer recht op transplantatie heeft dan een ander, bij wie medisch gezien de kans op succes hoger is. Het structureel uitsluiten van elk aanzien des persoons kan in zich ook tot onrechtvaardigheid leiden. Er zijn immers naast medische criteria nog tal van andere criteria, die in de besluitvorming moeten worden meegewogen. Selectie op macro-niveau lijkt daarom niet gewenst.

7.3 Selectie op micro-niveau

Aan selectie op micro-niveau valt niet te ontkomen. De vraag is hoe op een rechtvaardige manier geselecteerd kan worden. Loting, chronologische selectie en selectie op basis van een wachtlijst hoeven niet zonder meer te worden afgewezen, maar zijn bij voorkeur van toepassing, wanneer een keuze moet worden gemaakt tussen potentiële recipiënten, bij wie de kans op succes gelijk ligt. Wanneer dit laatste niet het geval is, is het redelijk om het verkregen donororgaan aan die kandidaat toe te wijzen die er naar verwachting het meeste profijt van zal hebben.

Om dit “profijt” te kunnen inschatten worden medische en persoonsgebonden (niet-medische) criteria gehanteerd. De medische criteria betreffen de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico’s. Onder de aanvaardbare persoonsgebonden criteria vallen de leeftijd en de sociale positie van de potentiële recipiënt. Bij de toewijzing van een donornier zal de keuze redelijkerwijs eerder op een ouder van een gezin met jonge kinderen vallen dan op iemand van hoge leeftijd, van wie anderen niet meer in directe zin afhankelijk zijn (46).

7.4 Wederkerigheid inzake orgaandonatie?

Als selectiecriterium is ook wel het wederkerigheidsprincipe naar voren gebracht (47). Uit onderzoeken blijkt dat er een grote discrepantie bestaat tussen degenen die een codicil hebben, en degenen die dat niet hebben, maar – indien dat nodig mocht blijken – wel graag voor orgaantransplantatie in aanmerking zouden komen. Deze situatie heeft ertoe geleid dat sommigen zich afvragen of tegenover een vermeend recht op een orgaan een plicht zou moeten staan om een codicil te dragen. Tegenover de claim stelt men dan de eigen bereidheid om aan de claim van anderen te kunnen voldoen.

Artikel 12 van de Human Organ Transplant Act in Singapore (1987) behelst dat personen die een niertransplantatie nodig hebben, prioriteit bij de toewijzing van donornieren krijgen, wanneer zij er geen bezwaar tegen hebben aangetekend om zelf als donor te fungeren. Mocht iemand later op zijn bezwaar terugkomen, dan krijgt hij na een periode van twee jaar dezelfde rechten als de overige potentiële recipiënten (48). Als tegenargument geldt vaak dat men iemand niet mag dwingen tot het onderschrijven van een codicil, en daarmee tot orgaandonatie.

Wanneer men een levensreddend orgaan van anderen ontvangt, is dat een gave om niet. Dit gegeven schept onloochenbaar een zekere verantwoordelijkheid, waarbij men zich dient af te vragen of het wel eerlijk is om deze gave van anderen zo vanzelfsprekend te aanvaarden zonder deze, in beginsel, zelf aan anderen te willen doen. Dit is echter iets dat ieder zich persoonlijk zou moeten afvragen.

De moeilijkheid van het wederkerigheidsprincipe is dat het onthouden van donororganen als een sanctie gaat functioneren voor hen die geen codicil bezitten. Zelfs al zou het niet als een sanctie, maar als een vorm van restitutie moeten worden opgevat (49), dan blijft de toepassing van het wederkerigheidsprincipe op bezwaren stuiten. Een praktisch bezwaar is dat men dan ook geen bloedtransfusie zou moeten toedienen aan mensen die niet als bloeddonor staan geregistreerd. Mocht iemand weten dat bij hem een orgaantransplantatie nodig is, dan zou hij nog snel een codicil kunnen opstellen, waardoor de toepassing van het wederkerigheidsprincipe in de praktijk een farce wordt (50). Een fundamenteel bezwaar is dat sancties en restitutie hier volstrekt niet van toepassing zijn. Dat zijn zij slechts, wanneer iemand door zijn gedrag de rechtvaardigheid schendt. Orgaandonatie betreft echter, zoals gezegd, niet een strikte verplichting waaraan de donor op basis van rechtvaardigheid zou zijn gehouden, maar een gave uit broederliefde, solidariteit of altruïsme.

7.5 De handel in donororganen

Zoals gezegd, is solidariteit met de zieke en lijdende medemens een goed motief voor het in alle vrijheid en

zonder dwang genomen besluit om een codicil te tekenen ten behoeve van postmortale orgaandonatie. Er zijn ook verkeerde motieven denkbaar. Mensen in ontwikkelingslanden worden soms door armoede gedwongen om bloed voor bloedtransfusie af te staan.

In 1989 deden de berichten de ronde dat er een wereldwijde handel in menselijke organen bestond. Dit heeft de orgaandonatie in een kwaad daglicht gezet. Waarschijnlijk zijn deze negatieve geruchten nog versterkt door het inmiddels verfilmde boek “Coma” van de schrijver Robin Cook. Hardnekkige geruchten over mensen die gedood worden om hun organen te verkrijgen, hebben een negatieve invloed op de acceptatie van postmortale orgaandonatie.

Het risico van commercie en handel in organen is, dat mensen door hun penibele financiële situatie gedwongen worden organen af te staan of alleen financieel goed gesitueerden in aanmerking voor transplantatie komen. Commercie en handel leiden tot misstanden en ongelijkheid. Deze ongelijkheid is reeds op navrante wijze aanwezig wanneer men bedenkt met welke middelen men in de westerse samenleving één mens in leven houdt en hoe weinig men besteedt aan de absolute beschermwaardigheid en onaantastbaarheid van mensen uit ontwikkelingslanden.

Als fundamenteel bezwaar geldt dat organen die deel hebben uitgemaakt van een menselijk lichaam, in zich geen commercieel object kunnen zijn, maar alleen een geschenk. Hoewel het lichaam na de dood geen subject van rechten meer is en als instrumenteel goed mag worden beschouwd, zijn de organen toch essentieel onderdeel van een menselijke persoon geweest. Fox en Swazey wijzen erop dat het commercialiseren van de orgaandonatie versterkt wordt door “the progressive ‘biologization’ of donated organs,” die zij gedurende de tachtiger en negentiger jaren hebben geconstateerd (51).

De boven besproken preserverende maatregelen zouden bovendien niet vanuit de deugdenethiek als vervulling van de betrokken donor als mens kunnen gelden, wanneer deze zijn organen met een winstoogmerk ter beschikking zou stellen. De toepassing van preserveren de maatregelen zouden dan de degradatie van de donor zelf tot instrumenteel goed betekenen.

Soms komen anderen dan de donor op het idee dat donatie van organen of weefsels een goede zaak is en dat men na overlijden de betrokken naasten hiervoor geen toestemming hoeft te vragen. In 1989 kwam een omvangrijke ‘handel’ in hersenvliezen aan het licht. Het Duits bedrijf Braun Medical kreeg al jaren lang gratis honderden hersenvliezen van overleden ziekenhuispatiënten zonder dat hiervoor bij de nabestaanden toestemming was gevraagd. Hoewel de medewerkenden van het Bredase ziekenhuis De Baronie hieruit geen geldelijk gewin haalden is een dergelijke handelwijze moreel niet te rechtvaardigen omdat noch de donor (vooraf) noch diens nabestaanden (achteraf) om toestemming is gevraagd.

Aanbevelingen

1 De zekerheid van de dood is een absolute voorwaarde voor orgaanexplantatie:
a. bij een beademde patiënt is voor de vaststelling van de dood het aantonen van de irreversibele uitval van de hersenstam vereist;
b. hiervoor is klinisch onderzoek van de hersenstamreflexen voldoende.

2 Orgaanpreserverende maatregelen en diagnostische ingrepen die geen therapeutische betekenis voor de donor hebben, maar louter op de orgaandonatie zijn afgestemd, zijn onder strikte voorwaarden toelaatbaar:
a. conditio sine qua non voor de toelaatbaarheid ervan is dat de kandidaatdonor zelf toestemming heeft gegeven of – bij invoering van een geen-bezwaarsysteem – geen bezwaar heeft aangetekend;
b. toestemming alleen van de familie is hiervoor onvoldoende.

3 Wat betreft de verwerving van donororganen verdient de invoering van een toestemmingssysteem de voorkeur, omdat dit – gezien de huidige maatschappelijke discussie hieromtrent – prudenter lijkt te zijn en het 'gave-karakter' van de orgaandonatie beter tot uitdrukking brengt. Invoering van een geen-bezwaarsysteem valt echter niet zonder meer af te wijzen, mits:
a. de vrijheid om al dan niet als orgaandonor te fungeren wordt gegarandeerd;
b. tevoren in een periode van vijf jaar de bevolking intensief over het concept van de totale hersendood en de procedure van de orgaandonatie is voorgelicht;
c. een betrouwbare registratie van degenen die bezwaar tegen orgaandonatie aantekenen, gegarandeerd is en de arts die orgaanexplantatie overweegt, hieromtrent direct informatie kan inwinnen;
d. en wanneer de orgaandonatie en de daarvoor vereiste procedure de psychische draagkracht van de naaste familie te boven gaat, van het uitnemen van de organen wordt afgezien, ook al heeft de betrokkene toestemming gegeven of geen bezwaar aangetekend.

4 Orgaandonatie is geen strikte verplichting op basis van rechtvaardigheid, maar een daad van broederliefde, solidariteit of altruïsme:
a. weigering van orgaandonatie mag niet als een onrechtvaardige en als zodanig moreel verkeerde beslissing worden afgeschilderd;
b. de ziekenhuizen moeten niet verplicht worden om bij elke potentiële donor de procedure voor orgaandonatie in gang te zetten.

5 De beschikbare donororganen moeten worden toegewezen overeenkomstig de normen van de verdelende rechtvaardigheid:
a. selectie van recipiënten op macroniveau is ongewenst;
b. loting, chronologische selectie en selectie op basis van wachtlijsten zijn van toepassing bij recipiënten bij wie de kans op profijt naar verwachting gelijk ligt;
c. voor de inschatting van het mogelijke profijt van een orgaantransplantatie worden gehanteerd
– medische criteria: de kans dat het getransplanteerde orgaan aanslaat, de overlevingskans, de verhoging van de levensverwachting, de te verwachten verbetering van de levensomstandigheden, de eventuele belasting, complicaties en risico's;
– persoonsgebonden criteria: leeftijd en sociale positie;
d. het wederkerigheidsprincipe moet niet worden toegepast, noch als sanctie noch als vorm van restitutie;
e. menselijke donororganen kunnen alleen een geschenk zijn maar geen commercieel object.

Noten

[size=x-small]1. Cfr Transplantatie van foetaal weefsel, een medische en een ethische beschouwing met bijzondere aandacht voor de behandeling van patiënten met de ziekte van Parkinson, Ede: Prof Dr G .A. Lindeboominstituut, 1993 (Rapport nr 9).
2. Eijk WJ. De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie in de medische ethiek, in: Eijk WJ,Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, Oegstgeest: Colomba, 1994:3038.
3. Cfr Steemers-van Winkoop MWH. Leven door de dood: de visie van het leergezag in de RK Kerk ten aanzien van orgaandonatie, Tijdschrift voor Gezondheid en Ethiek 1994;4 nr 2:43-47.
4. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea (14-5-1956), Acta Apostolicae Sedis 1956;48:459-467, hier geciteerd p. 464.
5. L'Osservatore Romano (Wochenausgabe in deutscher Sprache), 20 1990;20 nr 21 dd 25 mei; Cfr L'Osservatore Romano (Weekly edition in English, 1991,24 juni.
6. Gemeinsame Erklärung des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland und der Deutschen Bischofskonferenz, Gott ist ein Freund des Lebens, Herausforderungen und Aufgaben beim Schutz des Lebens,

Trier, 1989:102-105; Organtransplantationen, Erklärung der Deutschen Bischofskonferenz und des Rates der Evangelischen Kirche in Deutschland, Würzburg/Himmelspforten, 2 juli 1990.
7. van Dorp WG. Orgaantransplantatie bijbels verantwoord? Bijbel en Wetenschap 1987;103:221-223; Pastorale vragen rond orgaan- en weefseldonatie, Driebergen: Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk, de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, z.j. (Werkmateriaal Pastoraat nr. VI), p. 6; Verheij J. Orgaantransplantatie," in: Jochemsen H,Cusveller BS. Christelijke oriëntatie in medisch-ethische onderwerpen, Veenendaal/Amsterdam: Nederlandse Patiënten Vereniging/Buijten & Schipperheijn, 1992: 165; Seldenrijk R. Organen en Weefsels op Reis. Een medisch-ethische afweging van de transplantatiegeneeskunde. Leiden: J.J. Groen en Zoon, 1993: 185-188; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, Nier Stichting Nederland, 1993:16-17;27-49.
8. op't Hof WJ. Mag een christen een donorcodicil dragen? Terdege 1990;24 oktober, 7 november.
9. de Beaufort ID,Dupuis HM. Ethische vragen met betrekking tot weefsel- en orgaantransplantaties, in: de Beaufort ID,Dupuis HM. (red.), Handboek gezondheidsethiek, Van Gorcum, Assen 1988:592-595; Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor', Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanvulling 9-mei 1992, X:XIII: 122-123.
10. Tweede Kamer, 1991-92,22 358, nr.2, artikell0:4; nr.3:33-35.
11. Rothenberg LS. The Anencephalic Neonate and Brain Death: An International Review of Medical, Ethical, and Legal Issues," Transplantation Proceedings 1990;22: 1037.
12. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6:nr 2: 117.
13. Kiezen en delen. Rapport van de commissie Keuzen in de zorg, Rijswijk, 1991: 139-140.
14. Schulp JA. Geen plaats meer voor de ziel," Bijbel en Wetenschap 1987;103:225.
15. Bonhoeffer D. Ethics, London: SCM Press, 1955: 126.
16. Eijk WJ. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek," in: Eijk WJ, Lelkens JPM. Wat is menswaardige gezondheidszorg?, op. cit., p. 115-116.
17. Tweede Kamer, 1991-1992,22 358, nr. 3:24.
18. Zie hoofdstuk 2: 12, en hoofdstuk 3: 19.
19. Dupuis HM. Orgaandonatie en verkrijging van organen: 'van de kant van de donor,' op. cit., p. 122-123.
20. Gallagher JA. Time Past, Time Future. An Historical Study of Catholic Moral Theology, Mahwah (New York): Paulist Press, 1990:56-58. Dit wordt duidelijk in handboeken als Tanquerey A. Synopsis theologiae moralis et pastoralis, Parisiis/Romae, 1943 (13e ed.), 3 vol. en Prümmer DM. Manuale Theologiae Moralis, Barcelona, 1946;3(10e ed.).
21. In de seculiere ethiek is de hernieuwde belangstelling voor de deugden voor een groot deel te danken aan MacIntyre A. After virtue. A study in moral theory, Notre Dame: University of Notre Dame Press, 1981. Vgl. van den Beld A. De plaats van de deugd in de hedendaagse ethiek, in: Hubbeling HG, Veldhuis R. (red.), Ethiek in meervoud, Assen/Maastricht: Van Gorcum, 1985: 145-176. Voor de herleving van de deugdenethiek in de seculiere bioëthiek zie Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1989:374-385 (3e ed.).
22. Ook in het Voorstel van wet op de Orgaandonatie wordt ervan uitgegaan, dat de toepassing van orgaanpreserverende maatregelen vóór het overlijden van de patiënt alleen met diens toestemming mag plaatsvinden (art.20, lid 1, Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr.2:6; Akveld JEM. Het Voorstel van wet op de Orgaandonatie gewogen, Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 1992;16:72-73. Een afwijkend advies gaf de Gezondheidsraad in 1987, die orgaan-preserverende maatregelen wel toelaatbaar acht, ook zolang niet vaststaat of de potentiële donor bezwaar heeft gehad, en de nabestaanden geen overwegende bezwaren hebben geuit (Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, 's-Gravenhage, 1987: 114).

23. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 358, nr 2, art. 9-10; Kokkedee VI. Een concept-voorstel van wet op de orgaandonatie; de toestemmingsregeling voor postmortale orgaanverwijdering, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 1991 ;135 no.7:286-290.
24. Teo B. Organs for transplantation. The Singapore experience, Hastings Center Report 1991;21 nr 6:10-13.
25. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplantation? Bioethics 1992;6 nr2: 127 -128.
26. Kokkedee W. Postmortale orgaandonatie. Juridische aspecten, Medisch Contact 1994;49 nr 36:1117-1118; Stevens P. Orgaandonatie. De praktijk, ibid.: 1116.
27. Gezondheidsraad, Algemene transplantatieproblematiek, op. cit:112-114.
28. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, Advies orgaandonatie, Zoetermeer, 1990:23-24. 29. Spreeuwenberg C. Orgaandonatie en zelfbeschikking, Medisch Contact 45 (1990;45 nr 44: 1299.
30. Jochemsen H. Orgaantransplantatie. “De kwesties van het doodscriterium en de toestemming,” Pro vita humana 1995;2:35-36. 31. Tweede Kamer, 1991-1992,22 358, nr 2, artikel 11, 1. 32. Kramer M, Akveld H. Wetgeving orgaandonatie. De tijd stond even stil, Medisch Contact 1994;49 nr 2:54.
33. Cfr Wolbert W. Ein Recht auf den Leib des anderen? Zu einigen Fragen der Organtransplantation, Stimmen der Zeit 1991;116 nr 5:331-344.
34. Ciccone L. I trapianti d’organo: aspetti etici, Medicina e Morale 1990;40 nr 4:704.
35. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op.cit.:461-462.
36. Ibid.:464-465.
37. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, Medisch Contact 1993;48 nr. 43:1341.
38. Ciccone L. I trapianti d’organo: aspetti etici, op. cit.:698.
39. Pius XII. Toespraak tot de Associazione Italiana Donatori della Cornea, op. cit.:465.
40. Giovanni Paolo 11 ad un gruppo internazionale di medici nefrologi, L ‘Osservatore Romano, 1990, 30 april-l mei:6.
41. Samenwerkingsorgaan voor het Pastoraat van de Nederlandse Hervormde Kerk de Gereformeerde Kerken in Nederland en de Evangelisch-Lutherse Kerk in het Koninkrijk der Nederlanden, op. cit., p. 2 en 6; Pranger D. Zo spreken de kerken over orgaandonatie, op. cit., pp. 16-17;27 -49.
42. van Thiel GJMW, Smalbraak-Schieven GJ, de Kanter-Loven BMJ. Het beslissysteem bij orgaandonatie. Rechten en plichten strijden om de voorrang, op. cit.: 1339.
43. Op de Coul AAW. Het toestemmingsgesprek bij orgaandonatie. De praktijk, Medisch Contact 1993;48 nr. 43:1343.
44. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanvulling-december 1990, X:XIII: 102-104.
45. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging, “Niertransplantatie bij Jehova’s Getuigen,” Medisch Contact 1993;48 nr 50:1591-1592.
46. Dupuis HM. Transplantatiegeneeskunde: Ethische aspecten, op. cit.:l04; in de Anglo-Amerikaanse literatuur worden de medische en de persoonsgebonden criteria samengevat onder “medical utility” respectievelijk “social utility,” zie Beauchamp TL,Childress JF. Principles of Biomedical Ethics, op. cit.:294-296.
47. Dupuis HM. Ethische aspecten van transplantaties, Medisch Contact 1987;42:393-395.
48. Teo B. Is the adoption of more efficient strategies of organ procurement the answer to persistent organ shortage in transplan-tation? op. cit.,:114. Bovendien wordt donorschap aangemoedigd, doordat de naaste familieleden van nierdonoren de eerste vijf jaar na de donatie een korting van 50% genieten op de kosten verbonden aan medische behandeling in de staatsziekenhuizen.
49. Smart B. Fault and the allocation of spare organs, journalof medical ethics 1994;20 nr 1 :26-30.

50. Medisch Ethische Commissie van de Nederlandse Transplantatie Vereniging. “Bereidheid tot orgaandonatie als uitgangspunt voor het recht op een donororgaan,” Medisch Contact 1993;48 nr 50: 1593.
51. Fox RC,Swazey JP. Leaving the Field, Hastings Center Report 1992;22 nr 5: 13.[/size]