



## Hoe sterf ik waardig?

*Katholiek Nieuwsblad, 17 november 2017*

door Daan van Schalkwijk, gepromoveerd bioloog, postdoc bij geesteswetenschappen aan de VU, universitair docent in de Liberal Arts and Sciences te Amsterdam, en voorzitter van Leidenhoven College

[KatholiekNieuwsblad](#)

Het levenseinde staat op de (politieke) agenda. Vanuit het katholieke denken valt over dit thema natuurlijk veel te zeggen – en ook niet-gelovigen kunnen daar hun voordeel mee doen.

November is een maand om stil te staan bij het einde van dit leven en het begin van een nieuw leven. Allerheiligen, Allerzielen, het eind van het liturgisch jaar en het begin van de advent helpen ons te denken aan het hiernamaals. Ook politiek staat het levenseinde op de agenda. Het initiatief 'waardig ouder worden' wordt door dit kabinet gelukkig opgepakt. 'Voltooid leven' van D66 staat voorlopig in de koelkast, maar is nog niet helemaal van tafel; wellicht is het nu de stilte voor de storm. Met twee van oorsprong christelijke en twee liberale partijen in de regering, is het een goed moment om na te denken. Waarom zijn christenen vaak vóór palliatieve zorg, maar tegen euthanasie? Kunnen niet-gelovigen dat ook begrijpen?

### Vergeeten we iets?

Een jonge priester ging eens op huisbezoek bij een zieke vrouw. Ze was uitgemergeld, maar zeer vriendelijk, opgewekt en verwelkomend. Dat maakte indruk, want ze moet veel pijn hebben geleden. Nadat hij haar een aantal keer bezocht had, en steeds met dezelfde hartelijkheid begroet werd, overleed zij vredig, gesterkt door de sacramenten. Deze ervaring bleef de priester lang bij, dit was een indrukwekkend mooi heengaan.

Wat is nu de situatie in Nederland? De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding is recent geëvalueerd, en euthanasie in Nederland neemt stevig toe. Ook lijken Nederlanders minder te denken aan medische beslissingen rond de dood dan vroeger, maar als ze daaraan denken, is euthanasie de eerste 'medische' handeling waar ze bij stilstaan. Maar sterven is de voltooiing van ons leven. Hoe we sterven, zegt veel over wie wij zijn, zoals we zien in het verhaal van de oude vrouw. Hoog tijd dus om wat beter stil te staan bij wat het levenseinde eigenlijk betekent.

### Relaties als mooi kunstwerk

Er verschenen recent twee boekjes over dit thema. Professor Theo Boer van het Lindeboominstituut schreef met anderen Het goede levenseinde in casussen. Het is vooral gericht op zorgverleners en vraagt aandacht voor het persoonlijke aspect van de zorg rondom het levenseinde.

Het tweede boekje, Levenskunst en levenseinde. Achtergronden van een christelijke kijk op levenseinde en euthanasie is geschreven door Lambert Hendriks, de rector van Rolduc, en ondergetekende. Het wil de christelijke kijk op levenseinde ook voor niet-gelovigen inzichtelijk maken.

We delen namelijk allemaal een aantal waarden en inzichten, zoals waardigheid, vrijheid, redelijkheid en relationaliteit. Voor een christen betekent levenskunst gericht zijn op het onderhouden van goede relaties met God en andere mensen. Zoals de oude vrouw hierboven laat zien, zijn mensen met de genade van God in staat van relaties een mooi kunstwerk te maken.

### Waarden en principes

Hoe verhouden waarden zich tot ethische principes? De christen ziet het leven van zichzelf en andere mensen als gave van God die we in beheer hebben gekregen. Het is bovendien een gave die een doel in zichzelf is, en niet voor andere doeleinden kan worden gebruikt. Het hoogste doel van dit beheer is om de relatie met God en



anderen te laten groeien in de richting van de liefde. Daaruit volgen deze twee principes:

- Men moet het lichamelijk leven naar vermogen in stand houden, maar mag het niet instrumentaliseren.
- Directe levensbeëindiging bij onschuldige mensen is moreel ongeoorloofd.

Omdat euthanasie actieve levensbeëindiging is, is het gezien deze principes immoreel. Zorgvuldige palliatieve zorg neemt alleen pijn weg en is dus liefdevol en goed.

### Relevante vragen

Het katholieke standpunt is dus zowel liefdevol als redelijk. Daarnaast kunnen mensen zich spiegelen aan waarden die in het christelijk denken over levenseinde naar voren komen. Vragen als: kan ik nadenken over de dood als einde van mijn levensverhaal, en de betekenis daarvan? Hoe belangrijk zijn persoonlijke relaties voor mij? Hoe belangrijk zouden die in de maatschappij moeten zijn? Kan ik me vinden in de notie dat ik het leven van anderen in beheer heb gekregen, en dat ik dit beheer liefdevol dien uit te voeren? Besef ik dat ik andere mensen niet kan instrumentaliseren?

Deze vragen zijn voor iedereen relevant. We hopen dat ons boekje veel mensen kan helpen hierover na te denken, voordat het debat weer in volle hevigheid losbarst.

*Daan van Schalkwijk en Lambert Hendriks, Levenskunst en levenseinde. Achtergronden van een christelijke kijk op levenseinde en euthanasie. Uitg. De Boog en Betsaida, 52 pp., pb., € 4,-, ISBN 978 90 6527 070 6*

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*

---

## Paus: 'Leven niet eindeloos rekken'

*Katholiek Nieuwsblad, 17 november 2017*

De beschikbaarheid van geavanceerde medische technieken betekent niet dat alles ingezet moet worden om menselijk leven in stand te houden. Dat schrijft paus Franciscus in een boodschap over de problematiek rond het levenseinde.

De paus richtte zich tot de deelnemers aan een bijeenkomst rond het levenseinde in het Vaticaan. Die was georganiseerd door de Europese regio van de World Medical Association in samenwerking met de Pauselijke Academie voor het Leven.

### 'Bekoring door te gaan'

In zijn boodschap spreekt de paus over de "bekoring om door te gaan met behandelingen die een krachtig effect op het lichaam hebben maar soms het integrale welzijn van de persoon niet dienen."

Hij verwijst naar eerdere uitspraken van paus Pius XII dat niet onder alle omstandigheden alle mogelijke behandelingen hoeven te worden ingezet. Het is "moreel geoorloofd" af te zien van therapeutische behandeling, of die te staken, wanneer die niet aan de eis van proportionaliteit voldoet, aldus de paus.

### 'Verbeterde behandeling'

Het criterium is dat "het te verwachten resultaat rekening houdt met de situatie van de zieke persoon en zijn of haar fysieke en morele reserves". Aldus is het mogelijk een beslissing te nemen die moreel gekwalificeerd kan worden als afzien van "verbeterde behandeling".

"Een dergelijke beslissing is een verantwoorde erkenning van de beperkingen van onze sterfelijkheid als

eenmaal duidelijk wordt dat verzet daartegen vergeefs is”, aldus de paus. “Men wil zo niet de dood bewerken, maar aanvaardt dat men die niet kan verhinderen”, citeert de paus de Catechismus van de Katholieke Kerk. “Dit verschil in perspectief brengt de mensheid terug tot stervensbegeleiding, maar zonder enige rechtvaardiging tot het beëindigen van het leven.”

### **Geen euthanasie**

“Het is duidelijk dat het niet starten of het staken van niet-proportionele behandeling betekent dat ‘verbeten behandeling’ wordt vermeden. Vanuit ethisch standpunt verschilt dit totaal met euthanasie, die altijd fout is, omdat het doel van euthanasie is om het leven te beëindigen en de dood te veroorzaken.”

Om te beoordelen of een behandeling nog zin heeft moet een zorgvuldig onderscheid worden gemaakt tussen de persoon in kwestie, de omstandigheden en de bedoelingen van de betrokkenen, aldus de paus.

Het belang van de patiënt dient voorop te staan. Deze heeft als allereerste het recht om, in dialoog met de artsen, over een voorgestelde behandeling en de proportionaliteit daarvan in de concrete situatie te beslissen. Wanneer dat laatste naar zijn of haar oordeel ontbreekt, mag die geweigerd worden.

### **Kloof**

De paus signaleert een toenemende kloof tussen een kleine groep die zich geavanceerde en dure behandelingen kan veroorloven en degenen die dat niet kunnen. Hij ziet dit op wereldschaal vooral tussen de verschillende continenten. Op kleinere schaal hangt het krijgen van zorg meer af van iemands financiële situatie dan diens feitelijke zorgbehoefte.

### **Primaire gebod**

Het allereerste gebod in de gezondheidszorg is volgens de paus “verantwoordelijke nabijheid”, waarbij hij verwijst naar de parabel van de Barmhartige Samaritaan. “Je zou kunnen zeggen dat we de zieke nooit in de steek mogen laten. De angst die gepaard gaat met de omstandigheden die ons op de drempel van de sterfelijkheid brengen en de moeilijkheid van de beslissingen die we moeten nemen, kan ons ertoe verleiden afstand te nemen van de patiënt.”

“Toch is dit waar wij, meer dan waar dan ook, geroepen zijn liefde en nabijheid te tonen, onze grenzen erkennend en onze solidariteit tonend. Laat ieder zijn of haar liefde op zijn eigen manier geven, maar geef het!. En zelfs als we weten dat we niet altijd genezing kunnen beloven, kunnen en moeten we altijd zorg blijven geven aan de levenden, zonder hun leven te bekorten, maar ook zonder zinloos hun dood te weerstaan. Deze benadering wordt weerspiegeld in de palliatieve zorg, die juist in onze cultuur zo belangrijk is, omdat het weerstaat wat de dood zo afschuwelijk maakt: pijn en eenzaamheid.”

### **Klimaat van dialoog**

De paus bepleit om in de moderne samenleving bedachtzaam en open de dialoog aan te gaan, rekening houdend met andere levensvisies. Tegelijkertijd signaleert hij dat waar samenlevingen de meest kwetsbaren niet meer beschermt de eerste voorwaarde voor die dialoog wordt aangetast.

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*

---

## **Abstineren: het vergeten alternatief voor euthanasie**



*Medisch Contact, 16 november 2017*



In Medisch Contact signaleert SCEN-arts Jan van der Meulen dat er vaak een beroep wordt gedaan op de Wet Toetsing levensbeëindiging, terwijl staken van de behandeling, abstineren, ook een goede mogelijkheid zou zijn.

## Autonomie en afhankelijkheid

### Niemand is ooit 'klaar' met leven!

*Katholiek Nieuwsblad, 10 november 2017*

door Erik Borgman

[KatholiekNieuwsblad](#)

Stop met denken dat autonomie en afhankelijkheid elkaar uitsluiten. Wij zijn pas autonoom als we de zekerheid hebben bemind te worden, en het is onze taak elkaars hoop daarop te bevestigen.

Sinds een half jaar ben ik tijdelijk van zorg afhankelijk. De organisatie hiervan wordt gelukkig meestal door de thuiszorg gedaan. Dat er voor je gezorgd wordt, wordt doorgaans geassocieerd met gebrek aan autonomie, maar het geeft mij juist het gevoel greep op mijn leven te hebben. Meestal wordt zelf en mondig voor je eigen belang opkomen geassocieerd met autonomie, maar als ik zelf mijn eigen zorg moet organiseren, voel mij ik mij diep afhankelijk van een systeem dat mij de maat neemt op basis van criteria die ik niet doorzie. De inspanning ons rechten te geven op zorg, leidt tot de ervaring onderworpen te zijn aan willekeur.

Niet afhankelijkheid, maar *onderworpen zijn* is het tegenovergestelde van autonomie. Dat wij afhankelijk zijn van voedsel, water en zuurstof, tast onze autonomie niet aan. Dat wij niet kunnen leven zonder anderen, zonder gezelschap dat ons ziet en waardeert en waarvoor het uitmaakt dat wij er zijn: dat hoort bij wie wij zijn. Menselijke autonomie kan alleen autonomie in en met deze vormen van afhankelijkheid zijn.

### Klopt dat wel?

Vaak zeggen mensen bang te zijn 'de controle te verliezen'. Ze bedoelen: als ze oud en ziek worden, als hun lichaam het laat afweten en hun geest langzaam in de mist verdwijnt. Ze gebruiken controleverlies als motivering om hoe dan ook de controle terug te willen nemen: 'Ik wil er zelf een einde aan kunnen maken, al zal ik dat misschien nooit doen.' Maar is die controle geen illusie die bestaat bij de gratie van de ontkenning van alles waarover ik nooit controle gehad heb? Doe ik mijn partner en mijn kinderen wel recht als ik hun gedrag tegenover mij meen te controleren? Heb ik niet heel veel kostbare geschenken niet herkend, omdat ik ze zag als effect van mijn controle? Klopt de vooronderstelling wel dat wij de omstandigheden en de gang van zaken moeten controleren wil er iets goeds gebeuren? Leven wij niet veeleer van een genadige welwillendheid die zich overal doet gelden? En die ons telkens weer de mogelijkheid biedt het leven als goed te ontvangen en mee vorm te geven?

### Zonder controle leven

Het is verstandiger te leven zonder de illusie van controle. We hebben die niet en wat je niet hebt, kun je ook niet verliezen. Wij zouden zonder controle ons eigen leven, elkaars leven, vorm moeten geven met alle mogelijkheden, maar ook binnen de grenzen en beperkingen die erbij horen. We zouden weer kunnen leren samenwerken met wat we nu vaak als beperkingen zien, en onze afhankelijkheid leren zien als aanleiding tot

verbinding met anderen, ons tekort als mogelijkheid geschenken te ontvangen, ons onvermogen als aanleiding om verbindingen aan te gaan.

### **Onheilspellend**

De nadruk die premier Mark Rutte onlangs legde op 'de gewone, normale Nederlanders' klonk tamelijk onheilspellend. Het suggereert dat wij met de mond belijden dat elk menselijk leven ons evenveel waard is, maar dat we dat niet menen. Echte mensen zijn normale mensen: mensen die zich gedragen op een manier die wij herkennen, die een bijdrage aan de samenleving leveren op een manier die wij ons kunnen voorstellen, mensen vooral die ons beeld van wat het is om te leven niet verontrusten. Maar wat met al die ouderen en chronisch zieken die zich afvragen of hun bestaan nog zinvol is en geen last voor anderen? Alsof wij voldoende moeten opleveren om de investering waard te zijn. We praten over een onvervreemdbaar recht op leven, maar geloven er klaarblijkelijk zelf niet in. Niet voor anderen en niet voor onszelf.

### **Elk leven de moeite waard**

In deze situatie moeten we militant zeggen: niemand is ooit klaar met leven! Al wil iemand alleen nog maar dood, dan dient dat sterven een menswaardige vorm te krijgen en sterven, dat is een deel van het leven. Dit is de diepste achtergrond van de terughoudendheid van de Kerk over het verhaasten van de dood: elk leven, in elk stadium, is leven en is de moeite waard, want het drukt de goedheid van de God van het leven uit. Dat je je leven niets meer waard vindt, betekent niet dat het dat niet is. Het is een feit dat mensen zeggen dat ze een verspilling van geld, zorg of ruimte zijn. Dit feit moeten we serieus nemen, maar we kunnen dat oordeel niet overnemen. Niemand is ooit klaar met leven, tot het leven is geëindigd.

### **Liefde en verbondenheid**

Hou toch op met roepen dat we niet bang zijn, dat er niets is om bang voor te zijn. Laten we toegeven dat we bang zijn: om de controle te verliezen, om onszelf te verliezen, omdat wij als leven hebben leren beschouwen te verliezen. Dan kunnen we misschien vanuit en met onze angst waarachtig leren leven.

Niet als de zoveelste plicht of te leveren prestatie. Die vrezen de mensen juist het meest, en zijn de ware achtergrond van het verlangen de dood in eigen hand te hebben: 'Ik kan dit niet aan, ik kan dit niet alleen, dus dokter, laat me niet in de steek.' De Vlaamse jezuïet Marc Desmet heeft laten zien hoe de vraag naar euthanasie vaak een vraag is naar stervenshulp, of beter: naar levenshulp in de stervensfase. Deze vraag moeten wij als samenleving serieus nemen. Wie de weg van liefde en verbondenheid gaat, blijft niet verweesd achter, maar wordt door die liefde en verbondenheid gedragen.

### **Wij houden elkaar in leven**

Wij zijn pas autonoom als wij de zekerheid hebben bemind te worden en het is onze taak elkaars hoop daarop te bevestigen. Ik ben toch nog wel van waarde?, vragen mensen. Ik ben toch niet alleen? Nee, wij zijn er ook nog. Wij hebben een traditie vol ervaringen waarin moeite en vreugde samengaan, waar pijn en verlies en het opgeven van elke illusie van controle tot ongekende mogelijkheden leidde. We moeten het daarbij niet mooier maken dan het is, en vrijwel alle levens zijn en blijven rafelig en onaf.

Maar wij houden elkaar in leven en zijn voor elkaar van betekenis tot en met het einde. Paus Franciscus sprak tot het Amerikaans Congres: "Als wij zekerheid willen, moeten wij zekerheid geven; als wij leven willen, moeten wij leven geven; als wij mogelijkheden willen, moeten wij mogelijkheden beschikbaar stellen." En als wij autonomie willen, dan moeten wij autonomie geven en mede opbouwen te midden van de ons gegeven omstandigheden.

*Dit essay is een ingekorte versie van de lezing die Erik Borgman op 2 november hield tijdens het Allerheiligenberaad in Utrecht.*



Overgenomen met toestemming van *Katholiek Nieuwsblad*.

---

## World Medical Association vernieuwt de artseneed

*KNMG, 27 oktober 2017*

*World Medical Association, 14 oktober 2017*



De World Medical Association (WMA) heeft de artseneed vernieuwd. Een verwijzing naar de autonomie van de patiënt is toegevoegd in een van de eerste regels van de eed. In Nederland wordt door de KNMG de Nederlandse tekst van de eed afgeleid van de WMA tekst.

### Nieuwe Engelse tekst van de artseneed

#### WMA DECLARATION OF GENEVA

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948  
and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968  
and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983  
and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994  
and editorially revised by the 170th WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2005  
and the 173rd WMA Council Session, Divonne-les-Bains, France, May 2006  
and amended by the 68th WMA General Assembly, Chicago, United States, October 2017

#### The Physician's Pledge

AS A MEMBER OF THE MEDICAL PROFESSION:

I SOLEMNLY PLEDGE to dedicate my life to the service of humanity;

THE HEALTH AND WELL-BEING OF MY PATIENT will be my first consideration;

I WILL RESPECT the autonomy and dignity of my patient;

I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life;

I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, social standing or any other factor to intervene between my duty and my patient;

I WILL RESPECT the secrets that are confided in me, even after the patient has died;

I WILL PRACTISE my profession with conscience and dignity and in accordance with good medical practice;

I WILL FOSTER the honour and noble traditions of the medical profession;

I WILL GIVE to my teachers, colleagues, and students the respect and gratitude that is their due;

I WILL SHARE my medical knowledge for the benefit of the patient and the advancement of healthcare;

I WILL ATTEND TO my own health, well-being, and abilities in order to provide care of the highest standard;



I WILL NOT USE my medical knowledge to violate human rights and civil liberties, even under threat;

I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely, and upon my honour.

---

## ‘De kwetsbaren moeten tot hun recht kunnen komen’

*Katholiek Nieuwsblad, 13 oktober 2017*

door Sjoukje Dijkstra

[KatholiekNieuwsblad](#)

Arts en filosoof Henk ten Have werd recent benoemd tot lid van de Pauselijke Academie voor het Leven. Hij werkt al jaren in Amerika, van waaruit hij de situatie in zijn vaderland scherp in de gaten houdt. “Het lijkt alsof euthanasie verworpen is tot een recht.”

Toen een collega hem vroeg of hij lid zou willen worden van de Pauselijke Academie voor het Leven, vond Henk ten Have dat hij ja moest zeggen. “Het voelde als sturing van boven”, zegt de hoogleraar, als hij even in Nederland is. Hij kan zich vinden in de nieuwe benadering van de Academie. “Omdat de paus niet wilde dat het accent alleen zou liggen op het begin of het einde van het leven, heeft hij de statuten aangepast. Het meeste zit er immers tussenin. In die benadering denken we ook na over problemen als veroudering, leven met een handicap, dementie, werkloosheid en vluchtelingen.”

De katholieke opgevoede Ten Have is geïnspireerd door Thomas van Aquino als geleerde, en de meer op sociale problemen gerichte Antonius van Padua. “Die combinatie heeft mij altijd aangetrokken. Je kunt je kennis gebruiken om sociale condities van mensen te verbeteren, waardoor je tot op zekere hoogte deze wereld kunt verbeteren met inspiratie.”

### Marges opzoeken

Ten Have beziet met toenemende verbazing dat in de Nederlandse euthanasiediscussie het accent alleen op het einde ligt. Neem het door Coöperatie Laatste Wil geïntroduceerde ‘euthanasiepoeder’. “In andere landen hebben ze gezegd: de grens voor discussie over hulp bij zelfdoding ligt bij uitzichtloos lijden, ofwel terminaal zieke mensen. In Nederland lijken we die grens telkens te willen opzoeken. We gaan er zelfs overheen.”

Het initiatief verraadt een gebrek aan regelgeving: “Als je eenmaal de deur open zet, kun je het niet meer goed beheersen. Wanneer je als samenleving toestaat dat mensen om bepaalde redenen gedood mogen worden, dan moet je daar duidelijke regels voor hebben. Anders gaan mensen toch marges opzoeken, zoals nu al vaak gebeurt.”

### Op papier

Ten Have werkt al acht jaar aan de Amerikaanse Duquesne University. Terecht wordt er in de VS met argusogen naar Nederland gekeken, zegt hij. “Wij Nederlanders mogen best wat kritischer zijn. We zijn altijd koopmannen én missionarissen geweest. Ook onze koloniale politiek werd altijd als een ethische politiek beschouwd, maar feitelijk kwam die neer op het hebben van handelsposten. Dat is in dit geval ook een beetje zo. We vinden onszelf veel toleranter dan de Amerikanen, maar negatieve aspecten van die zogenaamd tolerante samenleving worden daardoor weinig belicht.” Het Nederlandse drugs-, prostitutie- en euthanasiebeleid “is op papier goed geregeld, maar aan de achterkant gebeuren toch dingen die mensen tot voor kort voor onmogelijk hielden. Daar wordt ook niet echt tegen opgetreden.”

Dat Nederland vaak ethische grenzen opzoekt, wijt hij aan de ontzuiling en secularisering. Bovendien, zegt hij,



“lijkt het alsof euthanasievoorstanders vaak een antireligieus statement willen maken. Neem D66. Als een religieuze partij A zegt, zeggen zij B. In de euthanasiediscussie werd al heel lang betoogd dat er betere palliatieve zorg nodig was, maar dit was onbespreekbaar voor toenmalig D66-minister Els Borst. Alle initiatieven om die zorg te verbeteren, werden gesaboteerd. Totdat de euthanasiewet er in 2001 was. Toen was die ruimte er ineens wel”.

In de discussie rond Kees van der Staaijs brief over euthanasie in The Wall Street Journal viel hem iets op. “Euthanasievoorstander Boudewijn Chabot zei in principe hetzelfde als Van der Staaij: dat euthanasie een recht lijkt geworden. Je gaat naar de dokter en zegt: ‘We maken er een einde aan.’ Dat is merkwaardig. Als je euthanasie ethisch verantwoord vindt, is het argument dat jij beslist over je leven. Maar waarom moet iemand anders – de dokter – ingeschakeld worden, terwijl er geen medische aanleiding meer is? Nu gaat een patiënt die vindt dat het voldoende is, naar de dokter, en herdefinieert zijn lijden als ondraaglijk. Dan zou de arts zich verplicht moeten voelen om aan euthanasie mee te werken. Dat past niet bij zijn taak.”

### **De vraag**

Volgens Ten Have slaat het argument van ondraaglijk lijden de discussie dood. “Je kunt er niet echt op tegen zijn dat iemand verlost wil worden van ondraaglijk lijden. De vraag is dan: is dit het eindstation? Of spelen bij ondraaglijk lijden ook vragen als: kun je er nog een betekenis aan geven? Kunnen we het nog verlichten? In sloppenwijken lijden mensen ook ondraaglijk. Dan is de oplossing toch niet hun leven te beëindigen? Het is beter de omstandigheden te verbeteren.”

Volgens Ten Have begint de euthanasiediscussie met de vraag hoe we met lijden omgaan. “Als je daar geen betekenis aan kunt geven, omdat je geen perspectief hebt, dan is het zinloos en krijg je het euthanasiedebat. Wij bepalen vervolgens dat dement of verstandelijk gehandicapt zijn voldoende lijden is, om te bepalen dat je niet meer wilt leven. Dan krijg je situaties waar iedereen voor gewaarschuwd heeft. Kijk naar IJsland, waar bijna geen Syndroom van Down meer voorkomt.”

### **Zelfbeschikking**

Het recht op zelfbeschikking gaat voor Ten Have niet om de eigen beslissing, “maar ook om de reden die je geeft. Je leven als voltooid beschouwen is geen eigen prestatie. Wie leeft, gaat dood, dat hoeft niet om een besluit te vragen. Waarom kunnen we dit niet aanvaarden, en ons concentreren op de condities, die we meestal wél kunnen verbeteren?

De samenleving heeft hierin een grote verantwoordelijkheid. De kwetsbaren moeten daarin tot hun recht kunnen komen, mensen moeten betrokken zijn. Dat is ook de gedachte van de Kerk. Wij zijn eerder gemeenschapswezens dan pure individualisten. We kunnen alleen individualistische motieven hebben doordat we in een gemeenschap zitten. Het belang van de gemeenschap wordt in onze tijd gebagatelliseerd.”

Volgens de arts en filosoof kan een mens alleen autonoom nemen medische beslissingen – wel behandelen, niet behandelen – in overleg, met familie, vrienden en kennissen. Je hebt altijd een netwerk dat je helpt zo’n beslissing te nemen. Dat miskennen we, terwijl we in tijden van sociale media zouden moeten weten dat dit veel belangrijker is dan het feit dat je zelf een beslissing neemt.”

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*

## **‘De Kerk moet van zich laten horen over gender’**

*Katholiek Nieuwsblad, 13 oktober 2017*

door Marta Petrosillo

“De toespraak van de Heilige Vader zal onze Magna Carta zijn”, aldus de president van de Academie voor het Leven, mgr. Vincenzo Paglia, een paar dagen voor de eerste bijeenkomst van het hernieuwde pauselijk instituut.

Die vergadering was gewijd aan het thema ‘Het leven begeleiden. Nieuwe verantwoordelijkheden in het technologische tijdperk’ en werd op 5 oktober geopend door Franciscus. De paus schetste daarbij de weg die het pauselijke instituut zal volgen na de reorganisatie die hij vorig jaar zelf aankondigde. De nieuwe koers van het instituut begon met het benoemen van nieuwe leden, afkomstig uit 37 landen wereldwijd: vier ereleden en 45 gewone leden, 87 corresponderende leden en dertien jonge onderzoekers. De nieuwe benoemingen leidden tot de nodige ophef, vooral die van de anglicaanse theoloog Nigel Biggar, in het verleden openlijk pro-abortus.

De paus vroeg de Academie voor het Leven om een nieuwe blik en onderstreepte dat een nieuwe aanpak vooral nodig is in de veranderende wereld waarin we leven. Tijdens zijn toespraak ging Franciscus in het bijzonder in op vier van de talloze kwesties die ‘ter tafel liggen’ bij het instituut waar ook mensen van andere religies lid van zijn. De eerste kwestie is die van het “wijdverspreide egocentrisme”, de cultus van het ‘ik’ die domineert in de moderne maatschappij en die ernstige gevolgen heeft voor de relationele sfeer. De tweede kwestie betreft het doorgeven van het leven via het huwelijk en het gezin. De scheppende eenheid tussen man en vrouw moet niet beperkt blijven tot de kern van het gezin, maar is geroepen om “de regie van de hele samenleving in handen te nemen”.

De paus bleef vooral bij het derde punt uitgebreid stilstaan: de ontkenning van het verschil in geslacht. “Wat aan de horizon opdoemt is een ware culturele revolutie van de geschiedenis van deze tijd. En de Kerk moet daar, als eerste, van zich laten horen”, zo zei de paus en hij onderstreepte de noodzaak om tegenwicht te bieden aan de huidige utopie van de genderneutraliteit door middel van “een hernieuwde cultuur van de identiteit en de verschillen”.

Tot slot benoemde Franciscus het belang van de begeleiding en de zorg voor het gehele leven van het prille begin tot aan het einde toe. Het leven beschermen, bevorderen en ondersteunen ervan is niet alleen iets dat besloten ligt in initiatieven rond de periode voor de geboorte of aan het einde van het leven. En dat zal een van de taken zijn van de Academie voor het Leven.

Onlangs heeft de paus ook een nieuwe impuls gegeven aan het Pauselijk Instituut Johannes Paulus II voor huwelijk en gezin. Die instelling werd door de naamgever ervan in 1981 opgericht en vorige maand door paus Franciscus opgeheven en vervolgens opnieuw opgericht met het pauselijk document *Summa familiae cura*. Het heet nu het Pauselijk Theologisch Instituut Johannes Paulus II voor huwelijk- en gezinswetenschappen en mag academische titels verlenen. De paus wilde namelijk ook het blikveld van dit instituut verruimen: van de sacramentele theologie en de moraaltheologie naar een bijbelse, dogmatische en historische theologie die rekening houdt met de uitdagingen van vandaag de dag. Het doel van dit alles is om aansluiting te vinden bij de hedendaagse wereld, in lijn met de principes van *Amoris Laetitia*.

“De cultureel-antropologische verandering die nu invloed heeft op alle aspecten van het leven en vraagt om een analytische en brede aanpak”, zo zei de paus, “maakt dat we ons niet kunnen beperken tot ervaringen uit de pastoraal en uit de missie die een weerspiegeling zijn van vormen en modellen uit het verleden.”

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*



## Handreiking voor r.-k. zorgprofessionals

*Katholiek Nieuwsblad, 22 september 2017*

door Pascal Beukers

[KatholiekNieuwsblad](#)

Het spanningsveld tussen de katholieke leer en het dagelijks leven is mogelijk nergens zo groot en duidelijk als in de medische wereld, waar het soms letterlijk over leven en dood gaat. Een nieuw netwerk wil katholieke zorgprofessionals toerusten om met moeilijke kwesties om te kunnen gaan.

Er zijn situaties waarin een katholieke arts of verpleegkundige weet hoe (niet) te handelen, maar misschien niet weet hoe dit uit te leggen aan patiënten of collega's. Ook situaties waarin niet duidelijk is hoe (niet) te handelen, kunnen voor dilemma's zorgen.

### Brug theorie en praktijk

Vanuit de Katholieke Stichting Medische Ethiek (KSME) is daarom onlangs het Netwerk Katholieke Zorgprofessionals Nederland (NKZN) opgericht. "Het doel van dit netwerk is katholieke werkers in de gezondheidszorg bij elkaar te brengen, te informeren over de katholieke medische ethiek en de deelnemers zo te versterken dat zij in hun werk hun katholieke identiteit kunnen uitdragen", zegt Frans van Ittersum. De internist en hoogleraar nierziekten is voorzitter van het NKZN en bestuurslid van de KSME.

Het NKZN organiseert daartoe bijeenkomsten, "waarin we een brug slaan tussen de theorie en de praktijk", zegt Margaretha Mijhad-van Voorst tot Voorst, verloskundige en bestuurslid van het NKZN. "We praten niet alleen over abortus en euthanasie, maar bijvoorbeeld ook over orgaandonatie, de NIPT, en genderideologie, maar ook over hoe je als christen in je werk kan staan."

Van Ittersum: "We bestuderen deze onderwerpen vanuit de katholieke leer, de theologie en de filosofie en bespreken aan de hand hiervan casuïstiek, hoe in de praktijk principes toe te passen."

Mijhad: "In ons team zitten een ethica en een moraaltheoloog, maar we vragen ook mensen met specifieke kennis te vertellen over hun expertise. Zo sprak Esmé Wiegman van de NPV eens over de levenswensverklaring, de tegenhanger van de euthanasieverklaring."

### Behulpzaam

Voor Mijhad was de vorige themadag over onder meer de NIPT behulpzaam en verhelderend. "Als verloskundige loop ik tegen dit soort zaken aan. Wat ik mooi vind aan zo'n dag is dat je met andere katholieke zorgprofessionals ervaringen, vragen en twijfels kan uitwisselen. Dat je merkt dat je niet de enige bent die tegen zaken aanloopt en dat je elkaar bemoedigt. Zo heeft het mij bijvoorbeeld geholpen toen ik een poos geleden werd gebeld door een vrouw die zwanger was van een kind met het Downsyndroom. Vanuit mijn katholieke geloof kan ik niet zeggen 'Laat het maar weghalen'. Ik heb haar gestimuleerd om te praten met ouders van Downkinderen."

### Bagage en handreikingen

Volgens Van Ittersum wil het NKZN "katholieke werkers in de zorg bagage en handreikingen meegeven om in het werk de goede afwegingen te kunnen maken. We doen in de zorg veel gevoelsmatig, maar ingewikkelde situaties vragen om rationele en analytische afwegingen. Dan moet je wel de kennis hebben waarop je deze kan baseren, en weten waarop je moet letten en waaraan je moet denken. Tijdens themadagen laten we mensen aan het woord die vanuit de praktijk vertellen waar zij tegenaan lopen. Zo zijn er bij verloskunde en gynaecologie wat diagnostiek betreft dilemma's rondom de NIPT en anticonceptie". Mijhad is als verloskundige



verplicht om met jonge ouders over anticonceptie te praten: "Ik heb niet altijd de mogelijkheid om natuurlijke geboorteregeling uit te leggen, maar ik probeer uit te leggen hoe de cyclus werkt en dat een vrouw vóór haar eerste menstruatie weer vruchtbaar is. Als mensen doorvragen, ga ik zeker in op een van de natuurlijke methodes."

Naast het onderwijs en de uitwisseling wil het NKZN ook bijdragen aan het versterken van het geloof van deelnemers. Van Ittersum: "De geestelijke component blijft niet onderbelicht. We beginnen een themadag altijd met een Eucharistieviering waarin onder meer wordt gebeden voor het werk van de deelnemers, dat ze zich door de kracht van de Heilige Geest gesteund weten en daardoor vorm kunnen geven aan hun geloof in hun werk." +

### **Geloof in de praktijk**

Op zaterdag 14 oktober organiseert het Netwerk Katholieke Zorgprofessionals de bijeenkomst 'Geloof in de praktijk'. Aanvang om 10.00 uur met een H. Mis. Verder zijn er lezingen en zullen er casussen uit de beroepspraktijk worden besproken. Locatie: De Schaapskooi Hilversum (Emmastraat 3).

Info/opgave: [Aanmeldformulier Geloof in de praktijk](#)

*Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#)*

---

## **Pro-life beweging introduceert anti-abortuspil**

*Katholiek Nieuwsblad, 4 september 2017*

door Sjoukje Dijkstra

[KatholiekNieuwsblad](#)

Drie pro-life organisaties introduceren een behandeling in Nederland die in een aantal gevallen het effect van de 'abortuspil' kan terugdraaien. Het gaat om een initiatief van de website abortusinformatie.nl, die samenwerkt met stichting Schreeuw om Leven en het Nederlands Artsenverbond.

### **Slagingspercentage**

De 'abortuspil' bestaat in feite uit verschillende tabletten. De eerste daarvan stopt de aanmaak van het zwangerschapshormoon progesteron. De overige wekken baarmoederkrampen op, die de vrucht uitdrijven.

De zogeheten Abortion Pill Reversal (APR) moet uiterlijk binnen 72 uur na het innemen van de eerste 'abortuspil' worden gebruikt. De APR bevat progestageen, dat normaal gesproken bij ivf-behandelingen wordt voorgeschreven, en dat de hechting van het embryo in het baarmoederslijm bevordert.

"Wanneer een vrouw dit dagelijks slikt tot de twaalfde week van de zwangerschap, is de kans groot dat haar zwangerschap behouden blijft", zegt Kees van Helden van Schreeuw om Leven vrijdag in Katholiek Nieuwsblad.

De behandeling kent in de Verenigde Staten volgens Van Helden een slagingspercentage van 65%. "Hoe eerder er wordt begonnen met de behandeling, hoe groter de kans van slagen. Natuurlijk betekent dat ook dat de resterende abortuspillen niet meer ingenomen moeten worden."

### **Reactie Genootschap Abortusartsen**

Hoewel er voor zover bekend geen risico's aan het gebruik van progestageen zitten, vindt Annet Jansen het een slechte ontwikkeling. Ze is abortusarts bij de CASA klinieken en voorzitter van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Als iemand na de eerste pil spijt krijgt, is er volgens haar iets fout gegaan in het traject

voorafgaand aan de keuze tot een abortus.

Volgens Jansen is er een risico op afwijkingen aan de vrucht indien na de eerste pil wordt gestopt met het abortuspiltraject. Salome van der Wende van [abortusinformatie.nl](http://abortusinformatie.nl) spreekt dit tegen. "Geboortafwijkingen kunnen pas ontstaan, wanneer de moeder de tweede abortuspil al heeft gebruikt, die de weeën opwekt. De AbortusPilStopper-behandeling dient plaats te vinden voordat deze tweede abortuspil misoprostol/Cytotec wordt ingenomen."

#### **Netwerk pro-life artsen**

Sinds begin dit jaar zou de abortuspil verkrijgbaar moeten zijn bij huisartsen die daar een vergunning voor hebben. In de praktijk is dit nog niet geregeld. Schreeuw om Leven hoopt nu een netwerk van pro-life artsen op te zetten die de AbortusPilStopper-behandeling gaan aanbieden. Op dit moment heeft een viertal artsen zich hiervoor gemeld.

*Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).*

---

## **Advies aan minister: NIPT niet als eerste test uit basisverzekering vergoeden**

*Katholiek Nieuwsblad, 31 augustus 2017*

[KatholiekNieuwsblad](#)

Als de Niet Invasieve Prenatale Test (NIPT) als eerste test wordt ingezet binnen de prenatale screening, zou deze niet vergoed moeten worden vanuit de basisverzekering. Dat adviseert Zorginstituut Nederland aan minister Edith Schippers van Volksgezondheid. Alleen als er een medische indicatie voor de test is, zou die wel via die weg vergoed kunnen worden.

Schippers had eind 2016 om het advies gevraagd. Het Zorginstituut bracht dat overigens al op 31 juli uit, en stuurde het blijkens de begeleidende brief op 2 augustus naar de minister.

#### **Vier mogelijkheden**

In de huidige situatie heeft een zwangere vrouw vier keuzemogelijkheden met betrekking tot screening op chromosomale afwijkingen: geen test, een combinatietest, een combinatietest die bij een positieve uitslag door een NIPT gevolgd wordt, of een NIPT als eerste test. In het laatste geval moet na een afwijkende uitslag een vlokentest of vruchtwaterpunctie worden uitgevoerd ter bevestiging.

De NIPT wordt gebruikt om ongeboren kinderen te screenen op drie chromosomale afwijkingen, de syndromen van Down, Patau en Edwards. Sinds april 2017 wordt het gebruik van de NIPT als eerste test standaard aangeboden aan alle zwangere vrouwen in het kader van een nog tot 2020 lopend onderzoek, TRIDENT 2. Daarvoor kregen alleen vrouwen met een verhoogd risico op een kind met een chromosomale afwijking de test aangeboden, in het zogeheten TRIDENT 1-onderzoek.

#### **Subsidieregeling**

Volgens het Zorginstituut is financiering van de NIPT als eerste test vanuit de basisverzekering in principe niet aan de orde, omdat een "(ongevraagd) aanbod van prenatale screening niet onder de Zvw (zorgverzekeringswet - red.) kan vallen. Het beginpunt van de Zvw wordt immers gevormd door een individuele



zorgvraag van een verzekerde die zich wendt tot een zorgverlener”.

Zorg kan bovendien alleen onder de Zvw vergoed worden “als de verzekerde ‘redelijkerwijs is aangewezen’ op deze zorg”. In het geval van de NIPT betekent dat dat deze wel vergoed zou kunnen worden als een zwangere vrouw een verhoogd risico op een kind met chromosomale afwijkingen heeft.

Tijdens het TRIDENT 2-onderzoek loopt een subsidieregeling voor de NIPT. Vrouwen die voor de test kiezen, moeten wel een eigen bijdrage van 175 euro betalen. Dat bedrag ligt flink lager dan de richtprijs van 450 euro die het commerciële laboratorium GENDIA in Antwerpen vermeldt voor Nederlandse vrouwen. Een onbekend aantal Nederlandse vrouwen stak de grens al over om de test te kunnen krijgen.

### **NIPT-advies ‘politiek brisant’**

De Volkskrant noemde het advies van het Zorginstituut “politiek brisant”. In de komende kabinetsperiode moet het besluit over het al dan niet opnemen van de NIPT in het basispakket genomen worden. ChristenUnie en CDA, die aan de formatieonderhandelingen meedoen, staan kritisch ten opzichte van de NIPT. De partijen vinden dat die niet aan alle zwangere vrouwen beschikbaar zou moeten worden gesteld. VVD en D66, de andere twee onderhandelende partijen, willen dat wel, schrijft de Volkskrant.

### **‘Op eenzelfde wijze financieren’**

Het Zorginstituut stelde niet dat er geen enkele vorm van financiering voor de NIPT zou moeten zijn. Het adviseerde wel om ook counseling – het voorlichten van zwangere vrouwen over hun keuzeopties qua prenatale screening – en het zogeheten Structureel Echoscopisch Onderzoek op een andere manier te gaan financieren. Die worden nu wel vergoed, maar er geldt dezelfde redenering als voor de NIPT. “Het Zorginstituut adviseert de minister dan ook om vanaf 2019 alle onderdelen van de prenatale screening op eenzelfde wijze te financieren.”

### **Kanttekening bij berichten over NIPT**

Overigens plaatste de Gentse ethica prof. Heidi Mertes recent een forse kanttekening bij de cijfers die opduiken in berichten rond de NIPT. De test geeft niet, zoals wel wordt beweerd, met ruim 99% zekerheid aan of een ongeboren kind trisomie 21 (Downsyndroom), 18 of 15 heeft, schreef ze op demaakbaremens.org.

Dat percentage is “tegelijk correct en zeer misleidend”, aldus Mertes. Het gaat bij de NIPT om een kansberekening, niet om een diagnose. Een afwijkend resultaat wil niet automatisch zeggen dat er een kans van minder dan 1% is dat het kind geen afwijking heeft. De precieze voorspellende waarde van de uitkomst hangt af van bijvoorbeeld de leeftijd van de geteste vrouw en of er bepaalde risicofactoren aanwezig zijn.

### **‘Voorspellende waarde’**

Daarmee is de NIPT nog geen slechte test, schrijft Mertes, maar vrouwen “moeten beseffen dat de voorspellende waarde van de NIPT zeer sterk varieert van persoon tot persoon en dat ze een afwijkend resultaat dus best steeds met een gespecialiseerde arts bespreken, bij voorkeur in een centrum voor medische genetica, eerder dan met een huisarts of gynaecoloog”.

Na een afwijkend resultaat van de NIPT wordt ook in België een invasieve test ter bevestiging aangeboden. Volgens Mertes bestaat echter het risico dat vrouwen “uitgaande van de gedachte dat ze minder dan 1% kans hebben dat de NIPT fout was” meteen voor een abortus kiezen, zonder een vervolgtest af te wachten.

*Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.*