

Goedgekeurd door de medisch-ethische commissie

door dr. F.J. van Ittersum, internist-nefroloog



*Voordracht gehouden op het CRK-symposium "De waarde van het leven", 31 oktober 2004 te Amersfoort.
Pro Vita Humana 2005, 12 nr 1, p 4-9*

Vooraf

In het kader van het CRK-symposium 'De waarde van het leven' is mij gevraagd het onderwerp van het symposium te belichten vanuit het perspectief van het ziekenhuis. Dit is alleen mogelijk door te spreken over algemene, gemiddelde tendensen. Ongetwijfeld zijn er ziekenhuizen, individuele artsen en verpleegkundigen die op mijn algemeenheden een gunstige of juist ongunstige uitzondering vormen. Het valt niet binnen het bestek van deze lezing de extremen te bespreken.

1. Algemeen

Ontwikkelingen in ziekenhuizen zijn een afspiegeling van ontwikkelingen in de maatschappij. De veranderingen die zich de afgelopen eeuw in sociale structuren en in het denken hebben voltrokken hebben ook hun doorwerking gehad in ziekenhuizen. Historisch gezien werden ziekenhuizen gesticht vanuit de confessionele 'zuilen' die grote delen van de maatschappij beheersten: voor rooms-katholieken kwamen er ziekenhuizen waar zusters van congregaties hun levenswerk vervulden, voor protestanten ziekenhuizen waar diaconessen veel werk verrichtten, voor iedereen gemeenteziekenhuizen en algemene academische ziekenhuizen waar leken traditioneel de leiding hadden. Vanuit de zuilen werd erop toegezien dat in de ziekenhuizen het gedachtegoed van de zuil werd nageleefd: voor de rooms-katholieke ziekenhuizen betekende dit dat de R.K. Kerk controleerde of het handelen aldaar in overeenstemming was met de Leer van de Kerk. Om op de werkvloer het gedachtegoed uit te kunnen dragen moesten medewerkers van confessionele instellingen zich meestal persoonlijk tot de zuil waartoe de instelling behoorde belijden. Op deze manier kreeg o.a. de waardering van het leven vorm vanuit de zuil.

De naoorlogse secularisatie bracht met zich mee dat zowel de medewerkers als de patiënten van confessionele ziekenhuizen meer en meer een afspiegeling werden van de gehele maatschappij. In de maatschappij werd de band met de zuilen snel losser en werd het nieuwe, vigerende gedachtegoed gekenmerkt door individualisme en zelfbeschikking. Aanvankelijk werd er in ziekenhuizen door keuzes in personeelsbeleid nog geprobeerd medewerkers te selecteren die nog in staat zouden zijn iets van de oorspronkelijke signatuur uit te dragen. Deze pogingen zijn inmiddels opgegeven: het personeel is daarmee een afspiegeling van de maatschappij geworden. Men kan niet van hen verwachten dat zij een speciaal gedachtegoed kunnen uitdragen.

De belangrijkste redenen van ziekenhuisbestuurders om momenteel een dergelijke selectie bij de keuze van personeel niet meer toe te passen zijn de volgende:

- Nieuwe medewerkers die de oorspronkelijke signatuur van het ziekenhuis kunnen uitdragen zijn niet of onvoldoende beschikbaar op de arbeidsmarkt. Het is daarbij te ingewikkeld om mensen die onbekend zijn met een bepaalde signatuur die niet hun eigen gedachtegoed is, zo te scholen dat ze deze kunnen uitdragen.
- Ziekenhuisbestuurders – ook rooms-katholieke – die voor zichzelf nog wel een duidelijk standpunt in bijvoorbeeld medisch-ethische kwesties hebben, accepteren veelal dat anderen een beroep doen op hun eigen geweten en zich niet gemakkelijk conformeren aan een leer, zoals de Leer van de Kerk: dit is een legitimatie om

‘van bovenaf’ geen welomschreven signatuur uit te dragen.

- De patiëntenpopulatie – het potentiële arsenaal klanten – dat in een ziekenhuis met duidelijke signatuur behandeld wil worden is klein tot heel klein geworden: het is dus economisch interessant om andere populaties klanten aan te boren. Een duidelijke signatuur schrikt hierbij mensen af.
- Instituten zoals de R.K. Kerk hebben hun gezag en invloed binnen ziekenhuizen verloren.
- Fusies, met name (semi-)verplichte fusies, hebben signaturen verloren doen gaan.

Er zijn derhalve voor ziekenhuisbestuurders nauwelijks meer prikkels om voor een bepaalde signatuur te kiezen: noch omwille van de eigen overtuiging, noch omwille van het personeel, noch economisch (patiëntenaanbod), noch vanwege de ziektekostenverzekeraars, de overheid of andere toezichthouders vanuit bijvoorbeeld de zuilen.

Een andere ontwikkeling die zich de laatste jaren binnen ziekenhuizen voltrekt is de aard van het management. Was het management vroeger intuïtief van aard en werd het veelal gedragen door mensen die hun wortels en affiniteit in de patiëntenzorg hadden, de laatste jaren wordt het management steeds vaker het werk van gespecialiseerde managers (d.w.z. bedrijfskundigen en economen) en krijgt het ook een industrieel karakter. Het spreken over het werk dat aan patiënten in ziekenhuizen moet worden verricht, wordt dan gevat in termen van ‘processen, productie en producten, producttypering, kostprijsberekening en vraag en aanbod’. Artsen en verpleegkundigen bieden hun koopwaar aan als ‘zorgaanbieder’ en patiënten stellen als ‘klant’ de ‘zorgvraag’. Of een en ander naar tevredenheid verloopt moet blijken uit medewerkers- en klanttevredenheidmetingen. In dit ‘klant-is-koning-model’ loopt het ‘leven’ een grote kans geen speciale waardering meer te krijgen.

2. Hoe komen gedragscodes en beslissingen over ‘het leven’ tot stand

Als bestuurders van ziekenhuizen geen duidelijke signatuur meer uitdragen, dringt zich de vraag op waardoor het denken over het leven en het medisch handelen nog wel wordt beïnvloed. Wat dit punt betreft zijn er drie belangrijke – niet onafhankelijke – invloedsbronnen:

- Het heersende gedachtegoed in de maatschappij en in de media
- De overheid: wetten en regels
- De medisch-ethische commissie

2.1 De maatschappij

Het gedachtegoed dat in de maatschappij en bij de wetgever prevaleert is dat van individualisme en zelfbeschikking. In ziekenhuizen is het niet anders. Individualisme en zelfbeschikking suggereren dat mensen geheel zelfstandig kunnen uitmaken wat ze goed of niet goed vinden. In de praktijk is dat maar beperkt waar. Allereerst is er de invloed van de directe omstanders, meestal familieleden. Verder is er een duidelijke invloed van de publieke opinie, meestal vertolkt door media. De huidige media propageren weliswaar onder het motto van tolerantie dat ‘alles moet kunnen’, maar maken minder publiekelijk wel heel duidelijke keuzes in hun berichtgeving en commentaren. De berichtgeving is zeker niet zo tolerant dat over alle mogelijke keuzes van mensen neutraal gerapporteerd wordt. Deze expliciete mening van de media maakt patiënten met een afwijkende mening onzeker: de verwachting dat werkers in de gezondheidszorg op afwijkende ideeën afwijzend zullen reageren zoals in de media gebeurt, beïnvloedt de mate waarin mensen daadwerkelijk met hun eigen mening durven te komen. Bij anderen treedt nogal eens teleurstelling op als het gevraagde ‘alles moet kunnen’-beleid op verzoek – in tegenstelling wat in de media wordt gesuggereerd – niet ten uitvoer wordt gebracht.

2.1.1 Mensbeeld

In dezelfde media is de ideale mens de zelfstandige man of vrouw, die zelf nadenkt en eigen keuzes kan maken, die qua figuur en verzorging – niet in het minst sexueel – aantrekkelijk is en geen lichamelijke of geestelijke beperkingen heeft. Lijden heeft hierin op geen enkel moment een plaats. Doordat dit mensbeeld ons



voortdurend wordt voorgehouden, gaat de mate waarin een persoon deze ideale eigenschappen heeft – in ieder geval mede – de waarde van zijn of haar leven bepalen. De consequentie hiervan is dat voor het leven van de lelijke, verwaarloosde of gehandicapte mens al op voorhand minder waardering is. Met name het ontstaan van afhankelijkheid, geestelijke beperkingen en in mindere mate lichamelijke beperkingen wordt gezien als een vermindering van de waarde van het leven.

2.2 De overheid: wetten en regels

2.2.1 WGBO

Alhoewel nog niet in volle omvang geïmplementeerd, wordt de gezondheidszorg geacht te functioneren binnen de kaders van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Zoals de naam van de wet al aangeeft, gaat het erom dat de behandelaars (artsen, verpleegkundigen) met de patiënt een overeenkomst sluiten en dus in onderling overleg bepalen wat er wel en niet zal gebeuren. De uitkomst van dergelijke overeenkomsten wordt weliswaar mede bepaald door andere wetten (bijvoorbeeld Euthanasiewet), maar is toch voor een deel open. Wat men wel of niet wil, is afhankelijk van wat de twee deelnemende partijen willen en behoeft, mits binnen wettelijke kaders, niet direct aan een andere norm te worden getoetst. Toch is het meest individualistische ideaal, namelijk een overeenkomst tussen twee personen, één patiënt en één behandelaar in de praktijk niet haalbaar. De behandelaren zijn niet 24 uur per dag beschikbaar en werken in teams; een behandelovereenkomst met één patiënt zal dus ook door collega's van de (hoofd-)behandelaar moeten kunnen worden uitgevoerd.

2.2.2 Voorlichting over de mogelijkheden

De grondgedachte van de WGBO (behandelingsovereenkomst) kan alleen gestalte krijgen als beide partijen op een gelijkwaardige manier met elkaar kunnen overleggen. Omdat dit a priori niet het geval is (de patiënt weet en begrijpt veel minder van zijn medische situatie dan de arts), moet de patiënt over de te nemen beslissing uitgebreid worden voorgelicht. Het is een moeilijke zo niet onmogelijke opgave om alle medische mogelijkheden en consequenties uitvoerig en onbevooroordeeld met patiënten te bespreken. Vaak lukt het al niet een beperkt deel van het probleem duidelijk te maken; de voorlichting over het gehele probleem wordt vanzelf achterwege gelaten. Daarnaast heeft de arts voorkeuren en eigen ideeën. Dit betekent dat patiënten ook onbedoeld tijdens een voorlichtingsgesprek een bepaalde richting op gestuurd worden. Het opstellen van een behandelingsovereenkomst als ware de twee partijen aan elkaar gewaagde partners is dan ook een utopie.

2.2.3 Zinloos medisch handelen

Het opstellen van een behandelingsovereenkomst zal in de praktijk niet veel problemen opleveren als de patiënt en zijn behandelaar vergelijkbare ideeën over de behandeling hebben. Het probleem ontstaat pas als deze ideeën sterk uiteenlopen. Deze situatie ontstaat wanneer de patiënt geen behandeling wil, terwijl zijn behandelaars denken dat deze wel nuttig zou kunnen zijn of als de patiënt een veel verdergaande behandeling wil dan door de behandelaars is voorgesteld. In het eerste geval kan een behandelaar proberen een patiënt te dwingen de voorgestelde behandeling te ondergaan. Dit is moreel verdedigbaar, wanneer er een onderliggend psychiatrisch lijden is, waardoor een patiënt als ontoerekeningsvatbaar moet worden beschouwd (m.n. psychose). De wettelijke mogelijkheden hiertoe zijn in Nederland beperkt. In een dergelijk geval zullen veel artsen proberen patiënten op (semi-)vrijwillige basis door een psychiater te laten beoordelen en vervolgens te laten behandelen om een geweigerde lichamelijke behandeling tijdens een psychose, depressie of delier (toestandsbeeld met verlaagd bewustzijn) te voorkomen.

Wanneer de patiënt een behandeling vraagt waarvan de arts inschat dat deze de patiënt geen voordeel op zal leveren, kan hij zich beroepen op het feit dat hij geen 'medisch zinloze behandelingen' hoeft uit te voeren. De inschatting of een behandeling zinvol is of niet, is vanzelfsprekend moeilijk. Een arts zal hierin met name zijn kennis en ervaring mee laten wegen, maar ook zijn eigen opvattingen over wat een zinvol of waardevol leven is.



Het komt nog steeds voor dat een behandeling die door een arts als medisch zinloos wordt bestempeld, na uitvoering door een andere, meestal in een ander ziekenhuis werkende, arts wel tot een bevredigend resultaat voor de patiënt leidt.

2.3 De medisch-ethische commissie

Om moeilijke kwesties die regelmatig terugkomen in een ziekenhuis niet helemaal af te wentelen op de individuele patiënt en zijn behandelaar, hebben de meeste ziekenhuizen een medisch-ethische commissie (MEC) ingesteld. De medisch-ethische commissie heeft in ziekenhuizen een tweeledige taak:

- Adviezen uitbrengen over medisch-ethische problemen die in ziekenhuizen spelen;
- Beoordelen van voorstellen voor medisch wetenschappelijk onderzoek in het desbetreffende ziekenhuis.

Alhoewel dit tweede punt de meest omvangrijke taak van de meeste (in iedere geval academische) medisch-ethische commissies is, wil ik mij beperken tot het eerste punt.

Om de aard van het advies van een medisch-ethische commissie te begrijpen, is het goed stil te staan bij de samenstelling van deze commissies en hun werkwijze. De meeste MEC's bestaan uit ziekenhuismedewerkers met speciale belangstelling voor medisch-ethische problemen. Vaak wordt de commissie aangevuld met een ethicus en maakt een 'pastor', beter gezegd een medewerker van de pastorale dienst, deel uit van de commissie. De Raad van Bestuur of directie van het ziekenhuis geeft meestal geen richting vanuit welk gedachtegoed, theologie of leer het ethische stelsel dat de commissie gaat hanteren moet worden opgebouwd. De leden vallen derhalve bijna verplicht terug op eigen intuïties en ideeën. Zoals er bij maatschappelijke discussies, bijvoorbeeld in de media, al vaak geen gemeenschappelijke taal meer is om onderling de verschillende, eigen morele standpunten te bespreken, is deze mogelijkheid er binnen een dergelijke brede commissie ook niet.¹ Soms wordt gepoogd de vier algemene ethische principes 'weldoen, niet schaden, rechtvaardigheid en zelfbeschikking' op het probleem toe te passen. Vaak blijft men bij zelfbeschikking en niet schaden steken. Niet schaden wordt ook gebruikt om te legitimeren dat de patiënt niet ingeperkt c.q. geschaad mag worden in zijn zelfbeschikking. In instellingen met vanouds een christelijke achtergrond is volledig tegemoetkomen aan alle wensen (zelfbeschikking) van een patiënt de nieuwe invulling van christelijke barmhartigheid geworden. Het is niet verwonderlijk dat de afgeleverde protocollen van dergelijke commissies handelen over procedures die ervoor moeten zorgen dat alle betrokkenen – patiënten en artsen – aan hun trekken komen. Een duidelijk medisch-ethisch standpunt gebaseerd op een levensbeschouwelijk of filosofisch uitgangspunt bevatten dergelijke protocollen meestal niet. De mate waarin er waarde toegekend wordt aan het leven, wordt in de meeste gevallen overgelaten aan de individuele situaties. De vervanging van het oude keurmerk van de zuil door het nieuwe 'Goedgekeurd door de medisch-ethische commissie' betekent dat er van een duidelijke standpunt over een medisch-ethisch probleem overgegaan is naar een procedure die ervoor zorgt dat ieder individu kan krijgen wat hij hebben wil.

Het praktische gevolg van deze ontwikkelingen op drie niveaus is dat werkers in de gezondheidszorg en patiënten veelal op elkaar aangewezen zijn bij het maken van keuzes en dat het door wet en instelling gestelde kader bijna alleen richtlijnen geeft over de totstandkoming van een beslissing dan over de uiteindelijke inhoud daarvan.

3. Zijn ziekenhuismedewerkers geïnteresseerd in het leven van patiënten?

Als de conclusie van het voorafgaande is dat de waardering voor het leven pas vorm kan krijgen in het contact tussen ziekenhuismedewerkers en patiënten, rijst de vraag hoe geïnteresseerd ziekenhuismedewerkers zijn in hun patiënten. Los van oprechte belangstelling en respect voor het leven welke individuele ziekenhuismedewerkers tentoonspreiden, zijn de belangen en interesses binnen het ziekenhuis nogal verdeeld:

- Bestuurders. Dit zijn managers die in de praktijk met name verantwoording afleggen aan de ziektekostenverzekeraars. Hun primaire interesse is het halen van de productieafspraken met hen. Daarnaast realiseren ze zich dat ze economisch afhankelijk zijn van de komst van patiënten en vinden het om die reden ook belangrijk te weten hoe patiënten het ziekenhuis ervaren. Klanttevredenheid, vastgesteld via tevredenheidmetingen, is hier het sleutelwoord. Of deze tevredenheid tot stand komt door respect voor het leven, is niet van belang.
- Werkers aan het bed. Zij hebben vanuit hun persoon in wisselende mate interesse, respect en liefde voor patiënten. Naast hun eigen karakter wordt hun waardering voor het leven beïnvloed door een aantal factoren.
- Identificatie met de zieke. Het leven van jongere, in principe vitalere mensen kan meestal op meer steun, respect en waardering rekenen dan dat van oudere, nogal eens dementerende, geïnvalideerde ouderen. Het is menselijk meer verbondenheid te voelen met de eerste categorie dan de tweede. Het kost veel mensen moeite zich te identificeren met mensen die beperkt zijn, met name in geestelijke vermogens. Patiënten die zich moeizaam kunnen uiten, zoals gehandicapten, comateuze patiënten of ernstig geïnvalideerde mensen lopen hierbij de kans minder waardering van hun leven te ondervinden dan anderen.
- Succes van de behandeling. Als het succes van de behandeling uitblijft en langdurige verzorging noodzakelijk wordt, maakt het uitblijven van het herstel van de zelfstandigheid van de patiënt het voor medewerkers moeilijker het leven van deze patiënt te blijven respecteren.
- Schaarste en efficiëntie. In de stervensfase, als de dood op zich laat wachten, wil het ongeduld van medewerkers nogal eens toeslaan, niet in de minste plaats als de druk op de bedden vanwege schaarste hoog is.
- Mogelijkheden om te kunnen gaan met beperkingen en lijden. Beperkingen en al dan niet hierdoor veroorzaakt lijden worden vaak gezien als onmenselijk en een aantasting van het menselijk leven: 'dat is mensonwaardig', is de vaak gehoorde kreet.

4. Hoe wordt de waarde van het leven door ziekenhuismedewerkers bepaald?

Het is waarschijnlijk dat bovengenoemde factoren ziekenhuismedewerkers beïnvloeden bij de mate waarin ze waardering kunnen opbrengen voor het leven van mensen. De vraag blijft op welke manier het leven gewaardeerd wordt, wanneer de omstandigheden niet veel invloed uitoefenen. In het algemeen zal men handelen volgens de lijnen van de zelfbeschikking en proberen te peilen wat een patiënt zelf wil. Er is een duidelijke neiging om de patiënt zelf de waarde van zijn leven te laten bepalen, niet alleen omdat dat het wettelijk kader is, maar ook omdat men niet zomaar een ander objectief toetscriterium heeft. Wanneer de patiënt aan de ene kant en de arts en verpleegkundigen aan de andere kant het niet met elkaar eens zijn, zullen deze behandelaars pogen de patiënt te overtuigen van hun eigen standpunt. Dit geldt zowel voor patiënten die geen onderzoek of behandeling meer willen als voor patiënten die nog alles willen, terwijl hun kansen op herstel reeds geheel verkeken zijn. De eerdergenoemde factoren zullen werkers in het ziekenhuis duidelijk beïnvloeden in hun volharding patiënten van onrealistische gedachten aangaande hun leven af te brengen. Wanneer patiënten niet meer in staat zijn hun mening duidelijk kenbaar te maken, krijgt de stem van familieleden en bekenden meer gewicht. Soms hebben zij een geheel andere agenda dan de patiënt zelf. De uiteindelijke waarde die aldus in een ziekenhuis toegekend wordt aan een leven, wordt bepaald in de relatie van deze patiënt met zijn behandelaar. Het is een resultante van de waarde die de patiënt er zelf aan toekent en die zijn behandelaar eraan toekent. Het besef dat er mogelijk nog een derde – God – in deze relatie betrokken is, is meestal verdwenen. Voor christenen zijn hiervoor minstens twee duidelijke aanknopingspunten: de mens is geschapen naar Gods beeld en is in die zin – in ieder geval deels – goddelijk. Verder zegt Jezus Christus in de Bijbel 'wat gij aan de minsten der mijnen hebt gedaan, hebt gij aan mij gedaan'. Dit betekent dat de relatie met de patiënt ook een relatie met Christus zelf is. In de praktijk is dit besef, ook in vanouds christelijke ziekenhuizen, verdwenen en behoort dit besef tot het gedeelte waarvoor de patiënt zelf maar moet

opkomen. In geparafraseerde woorden van Geert Mak: 'de mens heeft in de twintigste eeuw ingezien dat God het goede in de mens is'.² Als persoon waarmee men ook een relatie kan hebben, heeft Hij (God) afgedaan.

5. Specifieke situaties

Alhoewel waardering voor het leven gedurende allerlei medische behandelingen in het gedrang kan komen, zijn er twee situaties waarin het leven met name onder druk komt te staan.

5.1 Het ontstaan van leven en het eerste jaar na de conceptie

In verwachting raken, in verwachting zijn, bevallen en de eerste stappen op deze wereld dreigen meer te gaan lijken op een industrieel productieproces dan op een opeenvolging die respect en verwondering over het leven oproept. In de hedendaagse opinie is zwanger raken een bewuste, geplande keuze die voorafgegaan wordt door stoppen van anticonceptie, veelal de anticonceptiepil. Als het zwanger raken niet lukt, is in-vitro-fertilisatie (IVF) met al haar verfijningen de methode bij uitstek om een eicel en zaadcel, weliswaar in een laboratorium, te laten samensmelten, waarna vervolgens het ontstane embryo bij de vrouw geïmplantéerd kan worden. Gaandeweg de zwangerschap vindt kwaliteitscontrole plaats in de vorm van prenatale diagnostiek (echo, vlokkentest, vruchtwaterpunctie). Bevindingen die met een kans op een gehandicapt kind geassocieerd zijn, leiden tot het advies het productieproces, de zwangerschap, waarin fouten zijn opgetreden af te breken. Mogelijkheden om dit niet alleen vroeg in de zwangerschap te doen, maar ook later zijn volop aanwezig. Momenteel wordt er gediscussieerd over de mogelijkheden een dergelijke 'kwaliteitscontrole' nog na de geboorte te laten plaatsvinden in de vorm van levensbeëindiging bij gehandicapte pasgeborenen.

Natuurlijk wordt één en ander door medici en ethici niet op een bovenstaande, bijna respectloze manier gebracht. Het voorkómen van lijden en leed bij de kinderen, hun ouders en misschien wel de maatschappij zijn de sleutelargumenten die in discussie worden gehoord. De reden om het hier toch op deze manier te brengen is dat het geheel veel meer de gang van zaken rondom een industrieel productieproces oproept dan dat er intrinsieke waardering voor het leven uit spreekt. Op ieder moment wordt de waardering van het leven afhankelijk gemaakt van het oordeel van de ouders en indirect de maatschappij. De waarde wordt niet bepaald door wat het pas ontstane leven is, de waarde wordt bepaald door de te verwachten hoeveelheid leed of gebrek aan succes dat het leven de ouders en anderen zal bezorgen.

5.2 De stervensfase

De stervensfase is door o.a. euthanasie bij wilsbe- en wilsonbekwamen en de pil van Drion de laatste jaren regelmatig in de belangstelling. In beide gevallen vraagt de patiënt of zijn familie als vertegenwoordiger om beëindiging van het leven en stemmen ziekenhuismedewerkers hiermee in. In een dergelijk geval is een intrinsieke waardering voor het leven afwezig. Het is interessanter na te gaan wat er gebeurt als een patiënt in de stervensfase niet vraagt om actieve beëindiging van zijn leven.

Een dergelijke situatie treedt op als de kansen op definitief herstel of langdurige overleving verkeken zijn, maar de patiënt niet acuut zal overlijden. Op zo'n moment zal een abstinierend beleid of een palliatieve behandeling ingezet worden. Het Latijnse woord 'abstinere' betekent 'afhouden' of 'terughouden'. In de geneeskunde wordt de term gebruikt om aan te geven dat de behandeling die gericht was op genezing wordt gestaakt en ruimte gemaakt wordt om het stervensproces – dat waarschijnlijk binnen uren tot dagen zal gaan intreden – zijn gang te laten gaan. Bij palliatieve behandeling zal de dood naar verwachting langer (weken tot maanden) uitblijven en wordt er een behandeling ingesteld die erop gericht is dat de patiënt zich prettig voelt en geen onaangename gevoelens, zoals pijn of kortademigheid, heeft.

In het geval van abstineren wordt geregeld de vraag gesteld of de patiënt 'aan de morfine moet'.

Vanzelfsprekend kan dit betekenen dat men met zeer goede bedoelingen begaan is met de patiënt en vooral de



intentie heeft te voorkomen dat iemand onaangename sensaties, zoals pijn en kortademigheid, zal gaan ervaren. Morfine kan echter ook gebruikt worden om de dood eerder te laten intreden. De vraag om morfine is met enige regelmaat dan ook een uiting van onrust en onvermogen: onrust dat de dood nog enige tijd op zich zal laten wachten; onvermogen wat men in een dergelijke fase met leven dat toch geen zin of nut meer kan hebben – en daardoor altijd een bepaalde mate van lijden heeft – moet doen. Een bekend probleem van morfine is gewenning. Dit betekent dat verhogen van de dosering regelmatig moet gebeuren om hetzelfde effect op bijvoorbeeld pijn of kortademigheid te bewerkstelligen. Dit punt leent zich ook voor misbruik. Regelmatig worden onder dit voorwendsel morfinetoedieningen flink opgehoogd met als eigenlijke bedoeling dat de dood bespoedigd zal gaan worden. In een dergelijke situatie zou men ook verzeild kunnen raken bij terminale sedatie. Ook sedativa kunnen de dood eerder laten intreden en lenen zich voor oneigenlijk gebruik (verhogen van de dosering die voor de sedatie niet noodzakelijk is).

6. Conclusies

De naoorlogse geschiedenis heeft ertoe geleid dat ziekenhuizen geen duidelijke signatuur meer hebben. Men valt terug op datgene wat in de maatschappij het meest gehoord wordt: namelijk individualisme en zelfbeschikking. De manier van besturen van ziekenhuizen wordt steeds meer op een bedrijfskundige, industriële manier vorm gegeven en nodigt niet uit tot een specifieke waardering van het leven. Het nieuwe keurmerk 'Goedgekeurd door de medisch-ethische commissie' zegt alleen dat er een procedure is waarbij ieder individu – binnen wettelijke kaders – kan krijgen wat hij hebben wil. Als zodanig vindt de vaststelling van de waarde van het leven plaats in de relatie van de patiënt en zijn behandelaar, allereerst door de patiënt zelf, in meer of mindere mate beïnvloed door familieleden en de direct betrokken ziekenhuismedewerkers. Het besef dat een derde, Jezus Christus, in deze relatie betrokken is, is vrijwel geheel – ook in confessionele ziekenhuizen – verdwenen. Waardering van het leven komt speciaal in het gedrang rondom het ontstaan van nieuw leven en in de stervensfase.

VOETNOTEN

1. F.J. van Ittersum, Economische taal in ethische discussie duidt op onvermogen, Katholiek Nieuwsblad, 26-2-1991.
2. Geert Mak, De eeuw van mijn vader, Uitgeverij Atlas Amsterdam/Antwerpen 1999.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.