



Kwesties rond het levenseinde

Aan de Voorzitter van de Pauselijke Academie voor het Leven, aartsbisschop Vincenzo Paglia, en aan de deelnemers aan de Europese Regionale Bijeenkomst van de World Medical Association

Paus Franciscus
7 november 2017

1

Aan mijn Eerbiedwaardige Broeder Aartsbisschop Vincenzo Paglia, Voorzitter van de Pauselijke Academie voor het Leven

Ik maak mijn hartelijke groeten aan u over en aan al de deelnemers van de Europese Regionale Bijeenkomst van de Word Medical Association betreffende vraagstukken aangaande het einde van het leven, die gehouden werd in het Vaticaan, tezamen met de Pauselijke Academie voor het Leven.

Uw bijeenkomst zal vragen behandelen omtrent het einde van het aardse leven. Het zijn vragen die de mensheid steeds hebben uitgedaagd, maar die vandaag nieuwe vormen aannemen omwille van de verhoogde kennis en de ontwikkeling van nieuwe technische instrumenten.

De groeiende therapeutische mogelijkheden van de medische wetenschap hebben het mogelijk gemaakt om vele ziektes te doen verdwijnen, de gezondheid te verbeteren en de levensduur te verlengen. Terwijl deze ontwikkelingen als positief kunnen geduid worden, is het ook mogelijk geworden het leven te verlengen door manieren die ondenkbaar waren in het verleden. Operaties en andere medische ingrepen zijn meer effectief geworden, maar ze zijn niet altijd heilzaam; ze kunnen falende vitale functies ondersteunen of zelfs vervangen, maar dat is niet hetzelfde als de gezondheid bevorderen. Grotere wijsheid is vandaag nodig, omwille van de verleiding om aan te dringen op behandelingen die krachtige gevolgen hebben voor het lichaam, maar soms niet het integrale welzijn van de persoon dienen.

2

Ongeveer zestig jaar geleden stelde paus Pius XII in een gedenkwaardige toespraak tot anesthesisten en specialisten in intensieve zorgen dat er geen verplichting is om in alle omstandigheden toevlucht te zoeken naar elke mogelijke remedie en dat, in sommige specifieke gevallen, het is toegestaan om zich te onthouden van het gebruik ervan. (1) Bijgevolg is het moreel aanvaardbaar om te beslissen geen therapeutische maatregelen te nemen, of er niet mee door te gaan, wanneer hun gebruik niet overeen komt met die ethische en humanistische standaard die later zou genoemd worden “evenredig nut”. (2)

Het specifieke element van dit criterium is dat “het effect dat men ermee hoopt te bereiken, rekening houdend met de toestand van de zieke en met zijn lichamelijke en geestelijke krachten” in overweging wordt genomen. (3) Het maakt dus een beslissing mogelijk die moreel wordt gekwalificeerd als terugtrekken van “therapeutische hardnekkigheid”.

3

Zulk een beslissing erkent op een verantwoordelijke manier de grenzen van onze sterfelijkheid, eenmaal het duidelijk wordt dat verzet ertegen nutteloos is. “Men wil zo niet de dood bewerken; men aanvaardt dat men hem niet kan verhinderen”. (4) Dit verschil van perspectief herstelt de mensheid in de begeleiding van de stervenden, waarbij niet wordt getracht de onderdrukking van de levenden te rechtvaardigen. Het is duidelijk dat het niet aannemen of anders het opheffen van disproportionele maatregelen, betekent hardnekkig behandelen vermijden; vanuit een ethisch standpunt is dit compleet verschillend van euthanasie, dat altijd



verkeerd is, vermits de intentie van euthanasie is om het leven te beëindigen en de dood te veroorzaken.

4

Het is overbodig om te zeggen dat in het aanschijn van kritische situaties en in een klinische praktijk het soms moeilijk is om de factoren die in het geding zijn, te evalueren. Om te bepalen of een klinisch aangepaste medische interventie werkelijk proportioneel is, is de mechanische toepassing van een algemene regel niet voldoende. Een zorgvuldige onderscheiding van het morele doel is nodig, evenals van de omstandigheden van de behandeling en de intenties van diegenen die erbij betrokken zijn. Bij het zorgen voor en het begeleiden van een welbepaalde patiënt moeten de persoonlijke en relationele elementen in zijn of haar leven en sterven – dat tenslotte het laatste moment in het leven is – in overweging worden genomen die het best passen bij de menselijke waardigheid. In dit proces komt de eerste rol toe aan de patiënt. De Catechismus van de Katholieke Kerk maakt dit duidelijk: “De beslissingen moeten genomen worden door de patiënt, als hij daartoe de bevoegdheid en het vermogen heeft”. (5) De patiënt in de eerste plaats heeft het recht, vanzelfsprekend in dialoog met medische professionals, om een voorgestelde therapie te evalueren en diens actuele proportionaliteit te beoordelen in zijn of haar geval, en ze noodzakelijkerwijs te weigeren indien wordt geoordeeld dat de proportionaliteit ontbreekt. Die evaluatie is niet gemakkelijk te maken in de huidige medische context, waarin de relatie arts-patiënt enorm is gefragmenteerd en medische zorg een groot aantal technologische en organisatorische aspecten bevat.

5

Ook moet worden opgemerkt dat deze evaluatieprocessen worden bepaald door de groeiende kloof tussen gezondheidsmogelijkheden die voortvloeien uit de combinatie van technische en wetenschappelijk bekwaamheid en economische interesses. Toenemende gesofisticeerde en kostelijke behandelingen zijn beschikbaar voor meer en meer gelimiteerde en geprivilegieerde segmenten van de bevolking. En dit doet vragen rijzen over de duurzaamheid van het leveren van gezondheidszorg en wat kan genoemd worden een systematische tendens naar een groeiende ongelijkheid in gezondheidszorg. Deze tendens is duidelijk zichtbaar op het globale niveau, in het bijzonder wanneer verschillende continenten worden vergeleken. Maar die is ook aanwezig in de meer rijke landen, waar de toegang tot de gezondheidszorg meer afhankelijk dreigt te worden van de economische middelen van de individuen, eerder dan van hun actuele nood voor behandeling.

6

In de complexiteit die voortvloeit uit de invloed van deze verschillende factoren in de klinische praktijk, maar ook in de medische cultuur in het algemeen, moet het hoogste gebod van verantwoordelijke nabijheid zeker in gedachten worden gehouden, zoals we duidelijk zien in het Evangelie van de Barmhartige Samaritaan. (6) Het kan gesteld worden dat de categorische imperatief erin bestaat om nooit de zieken te verlaten. De angst verbonden met de situaties die ons brengen op de drempel van de menselijke sterfelijkheid en de moeilijkheid van de beslissing die we moeten nemen, kunnen ons ertoe brengen om ons te verwijderen van de patiënt. Maar het is daar, meer dan om het even waar, dat wij geroepen zijn om liefde en nabijheid te tonen, waarbij we de grens erkennen die we allen delen en om onze solidariteit te tonen. Laat ieder van ons liefde geven op zijn of haar manier – als een vader, een moeder, een zoon, een dochter, een broer, een zuster, een arts, een verpleegster. Maar laat ons ze geven! En zelfs als we weten dat we niet altijd heling of genezing kunnen garanderen, kunnen en moeten we altijd zorg dragen voor de levenden, zonder dat we zelf hun leven verkorten, maar ook zonder nutteloos hun dood tegen te gaan. Dat is de aanpak die in de palliatieve zorg aanwezig is, en die uiterst belangrijk blijkt te zijn in onze cultuur. Want die is tegenovergesteld aan wat de dood zeer schrikwekkend en niet welkom maakt – pijn en eenzaamheid.

7

In democratische samenlevingen moeten deze gevoelige onderwerpen kalm, ernstig en bedachtzaam worden



aangepakt, op een manier om in de mate van het mogelijke aanvaarde oplossingen te vinden, ook op juridisch vlak.

Enerzijds is er een nood om rekening te houden met de verschillende wereldvisies, ethische overtuigingen en religieuze affiliaties, in een klimaat van openheid en dialoog. Anderzijds kan de staat niet verzaken aan zijn plicht om allen die betrokken zijn te beschermen, door de fundamentele gelijkheid te verdedigen waarbij iedereen is erkend door de wet als een menselijk wezen dat leeft met anderen in de samenleving. Bijzondere aandacht moet besteed worden aan de meest kwetsbaren, die hulp nodig hebben om hun eigen belangen te verdedigen. Indien deze kern van waarden, die essentieel is voor het samenleven, verzwakt, zal de mogelijkheid om tot overeenstemming te komen omtrent die erkenning van de ander, die de voorwaarde is voor elke dialoog en het leven in gemeenschap, ook verloren gaan. Wetgeving inzake gezondheidszorg heeft ook deze brede visie nodig en een begrijpelijke kijk op wat daadwerkelijk het algemeen welzijn bevordert in elke concrete situatie.

8

In de hoop dat deze reflecties kunnen helpen, bied ik u mijn hartelijke goede wensen aan voor een serene en constructieve bijeenkomst. Ik vertrouw erop dat u de meest aangepaste manieren zult vinden om deze delicate onderwerpen te behandelen met een kijk op het welzijn van allen die u ontmoet en met diegenen met u werkt in uw veeleisend beroep.

Moge de Heer u zegenen en moge de Maagd Maria u beschermen.

Noten

1. Vgl. Paus Pius XII, Toespraak, Ook over de vraag naar het ontvangen van de Ziekenzalving in die omstandigheid, Le Dr. Bruno Haid – Tot anaesthesisten over het probleem van reanimatie (24 nov 1957)
2. Vgl. Congregatie voor de Geloofsleer, Verklaring over euthanasie, Iura et Bona (5 mei 1980). vgl. Congregatie voor de Geloofsleer, Verklaring omtrent euthanasie, 5 mei 1980, IV: Acta Apostolicae Sedis LXXII (1980), 542-552.
3. Congregatie voor de Geloofsleer, Verklaring over euthanasie, Iura et Bona (5 mei 1980), 4. **“De maat die men moet houden bij het gebruik van geneesmiddelen ”** In onze tijden is het van groot belang dat het ogenblik van de dood de waardigheid van de menselijke persoon en de christelijke betekenis van het leven intact laat, ...”
4. Catechismus-Compendium, Catechismus van de Katholieke Kerk (15 aug 1997), 2278. *“Het stopzetten van medische behandelingen die belastend zijn, gevaarlijk, buitengewoon of die niet in verhouding tot de verwachte resultaten staan, kan geoorloofd zijn. Dit is het afwijzen van “therapeutische koppigheid”. Men wil zo niet de dood bewerken; men aanvaardt dat*
5. Catechismus-Compendium, Catechismus van de Katholieke Kerk (15 aug 1997), 2278. *“Het stopzetten van medische behandelingen die belastend zijn, gevaarlijk, buitengewoon of die niet in verhouding tot de verwachte resultaten staan, kan geoorloofd zijn. Dit is het afwijzen van “therapeutische koppigheid”. Men wil zo niet de dood bewerken; men aanvaardt dat*
6. Vgl. Lc. 10, 25-37. *“DE BARMHARTIGE SAMARITAAN. Daar trad een wetgeleerde naar voren om Hem op de proef te stellen. Hij zei: ‘Meester, wat moet ik doen om het eeuwig leven te verwerven?’*

Vertaling: Patrick De Pooter

Overgenomen met toestemming van R.K. Documenten

Message of his holiness Pope Francis to the participants in the European Regional Meeting of the World Medical Association



To My Venerable Brother Archbishop Vincenzo Paglia President of the Pontifical Academy for Life

I extend my cordial greetings to you and to all the participants in the European Regional Meeting of the World Medical Association on end-of-life issues, held in the Vatican in conjunction with the Pontifical Academy for Life.

Your meeting will address questions dealing with the end of earthly life. They are questions that have always challenged humanity, but that today take on new forms by reason of increased knowledge and the development of new technical tools. The growing therapeutic capabilities of medical science have made it possible to eliminate many diseases, to improve health and to prolong people's life span. While these developments have proved quite positive, it has also become possible nowadays to extend life by means that were inconceivable in the past. Surgery and other medical interventions have become ever more effective, but they are not always beneficial: they can sustain, or even replace, failing vital functions, but that is not the same as promoting health. Greater wisdom is called for today, because of the temptation to insist on treatments that have powerful effects on the body, yet at times do not serve the integral good of the person.

Some sixty years ago, Pope Pius XII, in a memorable address to anaesthesiologists and intensive care specialists, stated that there is no obligation to have recourse in all circumstances to every possible remedy and that, in some specific cases, it is permissible to refrain from their use (cf. AAS XLIX [1957], 1027-1033). Consequently, it is morally licit to decide not to adopt therapeutic measures, or to discontinue them, when their use does not meet that ethical and humanistic standard that would later be called "due proportion in the use of remedies" (cf. CONGREGATION FOR THE DOCTRINE OF THE FAITH, Declaration on Euthanasia, 5 May 1980, IV: AAS LXXII [1980], 542-552). The specific element of this criterion is that it considers "the result that can be expected, taking into account the state of the sick person and his or her physical and moral resources" (ibid.). It thus makes possible a decision that is morally qualified as withdrawal of "overzealous treatment".

Such a decision responsibly acknowledges the limitations of our mortality, once it becomes clear that opposition to it is futile. "Here one does not will to cause death; one's inability to impede it is merely accepted" (Catechism of the Catholic Church, No. 2278). This difference of perspective restores humanity to the accompaniment of the dying, while not attempting to justify the suppression of the living. It is clear that not adopting, or else suspending, disproportionate measures, means avoiding overzealous treatment; from an ethical standpoint, it is completely different from euthanasia, which is always wrong, in that the intent of euthanasia is to end life and cause death.

Needless to say, in the face of critical situations and in clinical practice, the factors that come into play are often difficult to evaluate. To determine whether a clinically appropriate medical intervention is actually proportionate, the mechanical application of a general rule is not sufficient. There needs to be a careful discernment of the moral object, the attending circumstances, and the intentions of those involved. In caring for and accompanying a given patient, the personal and relational elements in his or her life and death – which is after all the last moment in life – must be given a consideration befitting human dignity. In this process, the patient has the primary role. The Catechism of the Catholic Church makes this clear: "The decisions should be made by the patient if he is competent and able" (loc. cit.). The patient, first and foremost, has the right, obviously in dialogue with medical professionals, to evaluate a proposed treatment and to judge its actual proportionality in his or her concrete case, and necessarily refusing it if such proportionality is judged lacking. That evaluation is not easy to make in today's medical context, where the doctor-patient relationship has become increasingly fragmented and medical care involves any number of technological and organizational aspects.

It should also be noted that these processes of evaluation are conditioned by the growing gap in healthcare possibilities resulting from the combination of technical and scientific capability and economic interests.



Increasingly sophisticated and costly treatments are available to ever more limited and privileged segments of the population, and this raises questions about the sustainability of healthcare delivery and about what might be called a systemic tendency toward growing inequality in health care. This tendency is clearly visible at a global level, particularly when different continents are compared. But it is also present within the more wealthy countries, where access to healthcare risks being more dependent on individuals' economic resources than on their actual need for treatment.

In the complexity resulting from the influence of these various factors on clinical practice, but also on medical culture in general, the supreme commandment of responsible closeness, must be kept uppermost in mind, as we see clearly from the Gospel story of the Good Samaritan (cf. Lk 10:25-37). It could be said that the categorical imperative is to never abandon the sick. The anguish associated with conditions that bring us to the threshold of human mortality, and the difficulty of the decision we have to make, may tempt us to step back from the patient. Yet this is where, more than anything else, we are called to show love and closeness, recognizing the limit that we all share and showing our solidarity. Let each of us give love in his or her own way—as a father, a mother, a son, a daughter, a brother or sister, a doctor or a nurse. But give it! And even if we know that we cannot always guarantee healing or a cure, we can and must always care for the living, without ourselves shortening their life, but also without futilely resisting their death. This approach is reflected in palliative care, which is proving most important in our culture, as it opposes what makes death most terrifying and unwelcome—pain and loneliness.

Within democratic societies, these sensitive issues must be addressed calmly, seriously and thoughtfully, in a way open to finding, to the extent possible, agreed solutions, also on the legal level. On the one hand, there is a need to take into account differing world views, ethical convictions and religious affiliations, in a climate of openness and dialogue. On the other hand, the state cannot renounce its duty to protect all those involved, defending the fundamental equality whereby everyone is recognized under law as a human being living with others in society. Particular attention must be paid to the most vulnerable, who need help in defending their own interests. If this core of values essential to coexistence is weakened, the possibility of agreeing on that recognition of the other which is the condition for all dialogue and the very life of society will also be lost. Legislation on health care also needs this broad vision and a comprehensive view of what most effectively promotes the common good in each concrete situation.

In the hope that these reflections may prove helpful, I offer you my cordial good wishes for a serene and constructive meeting. I also trust that you will find the most appropriate ways of addressing these delicate issues with a view to the good of all those whom you meet and those with whom you work in your demanding profession.

May the Lord bless you and the Virgin Mary protect you.