

TH. A. BOER

‘Als het niet meer hoeft’

Een (protestants-)christelijke bijdrage over de grenzen van het medisch handelen

INLEIDING

Moeten we koste wat kost doorbehandelen? Moeten we hoogst ineffectieve behandelingen toepassen wanneer niet de medische indicaties, maar de wens van de patiënt of zijn naasten daarvoor de voornaamste reden vormt? Wanneer een patiënt een naar verwachting werkzame behandeling weigert, moet de arts dan proberen hem te overtuigen? In een pluralistische setting is het niet eenvoudig om iets zinnigs te zeggen over de bijdrage vanuit de christelijke traditie (in het bijzonder de protestants-christelijke) aan deze en dergelijke vragen binnen de ethiek van het medisch handelen. Om redenen die ik hieronder uiteenzet zal ik toch een poging doen tot het omschrijven van die bijdrage, zij het met voorbehoud. Daarna geef ik enkele probleemgebieden in de medische ethiek aan; aan de hand van één van die gebieden – de reikwijdte van de menselijke autonomie – werk ik vervolgens de bijdrage vanuit een christelijke optiek uit. Ik eindig met enkele conclusies.

Het aan de orde stellen van de christelijke traditie in de context van de medische ethiek is om twee redenen zinvol. Ten eerste is de huidige medische ethiek ondenkbaar zonder dat de historische wortels van het christendom en het daarmee in wisselwerking staande humanisme in het beeld worden betrokken. Wie aan medische ethiek doet zonder rekening te houden met het christendom kan even goed het ontstaan van Nederland beschrijven zonder mel-

ding te maken van de eeuwenlange strijd tegen het water.

Naast deze historische reden is er nog een tweede. Ik ben ervan overtuigd dat het christelijk geloof ook nu nog, dus afgezien van wat geweest is, een constructieve bijdrage kan leveren aan de medische ethiek. Het christendom (dat wil zeggen, de mensen die zich tot die levensbeschouwing rekenen) pretendeert dingen te zeggen over hoe het er met de mens voorstaat, en hoe het zou moeten zijn. Het gaat hier om overtuigingen die niet achter de (zich steeds wijzigende) werkelijkheid aanlopen, maar die haar juist mede richting geven. Om die dingen – overtuigingen, waarden, idealen – op het spoor te komen, is het nodig om kritisch naar diezelfde traditie te kijken en om onontkoombare historische ruis te kunnen onderscheiden van de muziek. Dat mag een wat riskante opgave zijn, maar in mijn ervaring is het ook een inspirerende bezigheid die inzichten, idealen, waarden en normen verschaft die essentieel zijn voor de medische ethiek.

Er zijn twee voorbehouden. Ten eerste zal ik mij beperken tot de naar mijn mening belangrijkste hoofdlijn in de vorm van enkele kanttekeningen bij de moderne invulling van het autonomiebeginsel. De reden voor deze beperking is pragmatisch van aard: hoe uiteenloper de levensbeschouwingen en mensvisies, des te minder kunnen we veronderstellen dat iedereen alle *ins* en *outs* kent van waar we het over hebben. Zo zal ik in deze bijdrage proberen duidelijk te maken waar de zaak naar mijn mening scharniert, en laat de uitwerking en de nuances aan anderen over.

Een ander voorbehoud is het volgende. We zullen weliswaar enkele basislijnen schetsen, maar uiteindelijk is de bijdrage van het christendom aan de medische ethiek niet los verkrijgbaar. Daarvoor is zowel de medische praktijk als het christendom te complex. Er bestaat geen autonome medische sfeer waar het christendom vervolgens één, twee of vijf accessoires bijlevert. Het medische bedrijf is in zijn huidige verschijningsvorm mede bepaald door de godsdienst, terwijl op zijn beurt de godsdienst voorbeelden en

modellen ontleent aan het medisch handelen. Zo is het meest uitgebreide evangelie (dat van Lucas) geschreven door een dokter. Met regelmaat wordt Jezus gepresenteerd als arts (heelmeester), zowel voor de ziel als voor het lichaam.¹ Ziekenhuizen waren dikwijls aan kloosters en conventen verbonden, en omgekeerd. Godsdienst en geneeskunde zijn verbonden op een wijze waarop het zout en de pap met elkaar zijn verbonden.² Een bijdrage van de christelijke traditie aan de medische ethiek is niet los verkrijgbaar.

DE MEDISCHE ETHIEK EN HAAR SCHARNIERPUNTEN

Toch heeft het medisch handelen allereerst zijn eigen, interne normativiteit: ziekten en aandoeningen genezen; als dat niet lukt, proberen de gevolgen ervan draaglijk te maken; en, als meer recente doelstelling, ziekten voorkomen. Daarmee is de hoofdmoot van het medisch handelen beschreven. Je kan die inherente normativiteit vergelijken met die in andere beroepen. De gemiddelde loodgieter die ziet dat de dakgoot lekt, vraagt zich niet af wat de loodgietersethiek van dit probleem zegt. Hij pakt een zinkplaat, maakt de boel wintervast en haast zich naar een volgende klus. Ook artsen zijn doeners. Een probleemoplossende attitude behoort tot het instrumentarium van iedere arts. In de moderne medische ethiek heeft men dat handelen samengevat onder het morele principe van 'weldoen'.³

Toch ontstaan er op een aantal terreinen ethische problemen. Op elk van deze terreinen – ik noem er drie – kunnen onze geloofsovertuiging, onze idealen of onze filosofie verschil maken. Het eerste terrein is wanneer wij te maken hebben met schaarse middelen. Een arts kan het allemaal nog zo goed weten, maar als de middelen ontbreken – tijd, handen, geld – moet het één of het ander gekozen worden en dat kan moeilijk, soms zelfs dilemma's zijn. Het in opleidingen gebruikte voorbeeld van triage is

daarbij altijd een goede gedachtenvormer geweest. Al is triage tegenwoordig nauwelijks meer aan de orde, ook in de huidige samenleving worden afwegingen gemaakt, of het nu de keuze betreft welke patiënt er het eerst voor een donornier in aanmerking komt (het microniveau), de keuze of een instelling moet investeren in dure diagnostische apparatuur of in een til-inrichting voor zware patiënten (het mesoniveau), of de keuze of tandheelkundige zorg in het ziekenfonds thuishoort (het macroniveau). De basis van die afwegingen is in onze samenleving de gelijke toegang van iedereen tot basale medische zorg. Noem het 'solidariteit'; noem het het principe van 'gelijke monniken, gelijke kappen'; of noem het, zoals in de moderne medische ethiek, het 'principe van rechtvaardigheid'.⁴

Door de vanzelfsprekendheid waarmee we dit principe in Nederland hanteren zou je bijna vergeten dat dit principe in andere landen (zelfs Westerse) helemaal niet zo onbedreigd is.

Rechtvaardigheid is een principe met oude godsdienstige papieren. Voor de dokter en voor God zijn allen gelijk. Al heeft de één een minimuminkomen en de ander een tweede hypotheek, al heeft de één geen enkele status en is de ander bedrijfsleider, voor de vraag of iemand in aanmerking komt voor een donornier of een nieuwe heup maakt dat allemaal geen verschil. Althans, in beginsel niet.

Maar hier begint rechtvaardigheid een ethisch probleem te worden. Want wat bedoelen we precies met 'gelijk (behandelen)'? Dat we bij beperkte middelen kiezen voor de patiënt met de beste medische vooruitzichten, is een redelijk geaccepteerde praktijk. Maar in hoeverre mag leeftijd als zelfstandig criterium meespelen? Moet iemand met een belangrijke maatschappelijke of politieke functie toch maar voorrang krijgen? En staan we toe dat iemand voorrang krijgt wanneer hij aanbiedt om de behandeling zelf te betalen? Toestaan dat er op deze gebieden uitzonderingen worden gemaakt, kan op termijn immers leiden tot uitholling van het gelijke recht op gezondheidszorg.

Om deze trends te kunnen inschatten en eventueel om te buigen, is een omvattender visie nodig dan alleen strikt medische normen.

Een tweede gebied waarin medisch-professionele normen niet altijd houvast bieden, is bij de bepaling van wat nu eigenlijk dat medisch handelen is. Hoort daar bijvoorbeeld ook *KID* bij? Geslachtsveranderende operaties? Borstvergroting? Het verschaffen van levensbeëindigende middelen aan mensen die 'klaar zijn met leven'? Het voorschrijven van middelen om hun placebo-effect, of omdat de patiënt er om vraagt? Een refertilisatie na een sterilisatie, met op de zwangerschap die daar weer op volgt een abortus provocatus, zoals enkele jaren geleden in een academisch ziekenhuis voorkwam? Moeten we opereren, wanneer de kans op een herstel praktisch miniem is? Al deze zaken vinden plaats, maar niet elke arts zal die handelingen willen verrichten, laat staan van harte.

AUTONOMIE

Dat brengt ons bij het derde probleemgebied: de ruimte die gegeven moet worden aan de autonomie van patiënten, met name wanneer die haaks staat op medisch-professionele normen. Eén van de meest in het oog springende verschuivingen in de recente medische ethiek is de opkomst van het principe van autonomie. De medische ethiek is hierin geen eenling. Het is een cultuurgegeven dat in de psychologie zelfontplooiing heet, in de politieke ethiek zelfbeschikking, in het bedrijfsleven klantgerichtheid en in de medische ethiek, via een begrip als 'informed consent', autonomie. Autonomie betekent: wij dienen zoveel mogelijk de wensen van patiënten te respecteren, en we dienen na te laten wat iemand weigert.

Respect voor autonomie heeft evidente voordelen. Ten eerste zijn mensen geëquipeerd voor het dragen van verantwoordelijkheid, en heeft ieder mens een groot ontplooiingspotentieel. Iemand die kan lopen zet je ook niet

in een rolstoel. Respect voor autonomie behelst dat een mens zijn vermogens ten volle moet kunnen benutten. Daarenboven heeft autonomie een bijna logisch-dwingende evidentie: als we de wensen van mensen niet serieus nemen, wat moet er dan als leidraad genomen worden? Dan gaan we voor elkaar beslissen, en ontaardt er een oorlog van allen tegen allen. Wie moeite heeft met autonomie, kan net zo goed terug willen naar het feodale stelsel.

Maar het muisje heeft een lang staartje. Willen we écht over de voors en tegens van autonomie kunnen praten, dan moet duidelijker worden wat we er precies mee bedoelen. De 17e-eeuwse verlichtingsfilosoof Immanuel Kant introduceerde het woord. Zijn denken over autonomie moeten we zien tegen de achtergrond van de toen actuele discussie over de vrije wil. Velen beschouwden de mens als een soort machine. Zijn handelen is causaal bepaald in een reeks van oorzaak, gevolg, stimulus en respons. Dit mechanistische denken had ook een aantal protestantse christenen stevig te pakken. Volgens hen impliceerde Gods almacht dat de mens in feite niet meer was dan een marionet, bestuurd door goede en kwade machten. Niet geheel ongevoelig voor deze ontwikkeling schreef Luther twee eeuwen eerder zijn theologische werk: *Von der Freiheit eines Christenmenschen*. Daarin betoogde hij dat een mens – en vooral een gelovige, door Christus daartoe bevrijd – met name ook vrijheden heeft.

Ook in de natuurwetenschappen vond het deterministische denken weerklank. Tegen deze tendenzen stelt Kant het volgende: hoezeer de mens ook bepaald wordt door zijn omstandigheden, altijd houdt zij nog een zekere speelruimte over, hoe klein die ook geworden is. Neem een gevangene die in ketenen zit, die twee maal daags water en brood krijgt en dus bar weinig te kiezen heeft. Zelfs hij heeft nog autonomie in de Kantiaanse zin, want de ware autonomie zit in het innerlijk, in datgene wat men doet met de nog openstaande vrijheden, bij wijze van spreken tot op de vierkante millimeter. Omgekeerd kan het zijn dat

iemand een breed scala aan keuzemogelijkheden heeft, bijvoorbeeld omdat hij baadt in weelde, maar zich toch laat leiden door impulsen, angst of innerlijke dwang. Zo iemand is niet autonoom. Kant bedoelt met autonomie niet: doe maar wat je toevallig voelt dat je wilt doen, maar: handel op basis van een bewuste keus. En dan ook weer niet willekeurig, maar die keus is afgeleid van de hogere morele wet die wij met de rede ontdekken. Kort en goed: met al je rationele vermogens streven naar het goede.

Hier komen we bij wat ik zou willen noemen de crisis tussen het Kantiaanse en het christelijke denken enerzijds, en een aantal moderne stromingen zoals het existentialisme, het liberalisme en het postmodernisme anderzijds. Dat we zelf moeten kiezen staat niet ter discussie. Maar de vraag is: op basis waarvan? Daarbij zijn er eigenlijk maar twee antwoorden. Ofwel de mens *maakt* zijn eigen moraal, al of niet samen met anderen. Dat is de meest radicale vorm van autonomie, die door Kant nadrukkelijk niet werd bedoeld. Ofwel de mens *ontdekt* een moraal die niet aan zijn eigen wil of brein ontspruit. Dat laatste noemen we heteronomie. Tussen deze vorm van extreme autonomie en heteronomie bestaat geen tussenweg, net zomin als een mens een beetje zwanger, of een deur een beetje dicht kan zijn. Natuurlijk is een gedeelte van de moraal door de mens bedacht in een concrete context. Maar als ook maar het geringste deel van de moraal door de mens niet bedacht, maar ontdekt wordt, is de autonomie-ballon al geknapt, net als één lichtstraal in een donkere kamer de duisternis al teniet doet.

De levensbeschouwelijke discussie van deze tijd gaat ten diepste om de vraag: is moreel redeneren een proces van *ontdekken* of van *construeren*? Het resultaat van beide hoeft niet zo sterk te verschillen, al kan het wel, en doet het dat ook in toenemende mate. In de praktijk is en blijft moreel redeneren voor een humanist, een postmodernist én een christen namelijk een inspannend proces van inschatten en afwegen. Iedereen moet soms kiezen tussen

twee kwaden. De bijdrage van het christendom aan de medische ethiek is dus niet dat er geen proces van moreel redeneren meer nodig is. Evenmin blijft die bijdrage steken bij een paar extra richtlijnen die het toevoegt, zoals naastenliefde of eerbied voor het leven. De eigenlijke bijdrage is het besef dat de moraal *voor de mens uitgaat*, dat de doelen van het menselijk bestaan zijn gegeven in plaats van door ons gemaakt, en dat we dus beter over *zinervaring* dan over *zingeving* kunnen praten.⁵

Pas in de twintigste eeuw vond er een echte omslag plaats. De moraal wordt niet meer ontdekt, maar in toenevende mate door mensen gemaakt, c.q. tussen mensen afgesproken. Deze overgang van ontdekken naar zelf bedenken heeft gevolgen voor de omgang tussen arts en patiënt. Ontdekken wij de moraal, dan impliceert respect voor autonomie van de patiënt vooral een vorm van bescheidenheid van de kant van de arts: 'Misschien hebt u meer inzicht in de situatie dan ik. Ik kan het als arts fout hebben.' Als de patiënt om iets heel anders vraagt dan wat de arts denkt dat juist is, is er een gemeenschappelijke basis om met elkaar in gesprek te gaan. De maatstaven voor wat het juiste handelen is, worden immers noch bepaald door de arts, noch door de patiënt, maar worden ontdekt in een zoekproces naar waarden die boven het individuele subject uitgaan. We kunnen dat vergelijken met het vragen naar de weg. Vragen naar de juiste weg is pas zinvol onder twee voorwaarden: er bestaat een bestemming los van de voorstellingen van het subject; en het gesprek over de snelste weg gebeurt op basis van argumenten, bijvoorbeeld door te verwijzen naar het aantal kilometers of de snelheid van de route. Is het morele subject volledig autonoom geworden, dan is onenigheid over de juistheid van een behandeling niet alleen vruchteloos (je komt er immers nooit uit), maar zij bestaat ook ten diepste niet. Over smaak valt immers niet te twisten.

Hebben we het over vragen rondom het niet meer behandelen, dan is de autonomie van de patiënt (en zijn

vertegenwoordigers) geen toverwoord waardoor discussie overbodig is. Vragen als ‘Waarom weigert u deze behandeling?’, ‘Waarom wilt u stoppen met de behandeling, als er nog zo’n goede kans is op herstel?’, ‘Waarom wilt u per se doorgaan, als de kansen toch miniem zijn?’ worden beslist op basis van meer dan persoonlijke gevoelens. Uiteindelijk prevaleert ook dan zeer dikwijls de mening van de patiënt, maar je hebt wel een gedeelde normatieve basis waardoor de vraag: ‘Is uw keuze wel de juiste’ niet betekenisloos is. Dat maakt een gesprek tussen arts en patiënt, en tussen collega’s onderling, in elk geval een zinvol gebeuren, want twee weten meer dan één en vijf weten nog weer meer – medisch-technisch, maar ook in ethisch opzicht. De moraal beslis je niet op eigen houtje. Bedenken wij daarentegen de moraal, dan is een moreel debat veel moeilijker. Verlangt de patiënt een bepaalde behandeling, dan kan een arts natuurlijk proberen om een aantal feitelijke omstandigheden te verduidelijken, die hij krachtens zijn professie nu eenmaal beter doorziet dan de patiënt. Maar over de *morele* kanten van de zaak staat hij met een mond vol tanden, daar er in dit opzicht immers geen waarheid bestaat. De arts kan hooguit nog zeggen ‘dat hadden we niet afgesproken’, ‘dat past niet in *mijn* moraal’, of ‘gaat u daarvoor maar naar een andere arts’; maar een echte basis om een patiënt op andere gedachten te brengen, is er niet.

Het zal uit het bovenstaande ook duidelijk zijn dat het met het postmodernisme en het neo-liberalisme in de praktijk niet zo’n vaart loopt. Het feit dat we nog steeds morele debatten voeren en elkaar daarin soms flink om de oren kunnen slaan, impliceert dat het besef van een boven de mens uitstijgende moraal nog niet helemaal is verdwenen. Het besef dat de moraal ontdekt wordt in plaats van geconstrueerd, blijft een hardnekkig fenomeen.

Ik vat samen: anders dan het postmodernisme gelooft het christendom dat er een systeem is van morele normen die voor de mens uitgaan en die – met alle mogelijke voorbeholden, dat wel – ontdekt kunnen worden. Anders dan het traditionele humanisme en rationalisme is het christendom niet zo onder de indruk van onze natuurlijke vermogens om goed van kwaad te onderscheiden. Dat is één van de redenen waarom christenen zich zo noemen, namelijk naar de persoon die de transcendente moraal niet alleen verkondigde, maar vooral belichaamde. In moreel opzicht is Christus de uitgestoken hand van de overkant, die mensen in woord en karakter laat zien hoe het menselijk bestaan van hogerhand is bedoeld. In zijn leven en in de nawerking daarvan wordt een waardenhiërarchie gepresenteerd die velen inspireert, anderen ergert, maar die in elk geval weinigen koud laat.

Mijn betoog tot dusverre is geweest dat autonomie, verstaan in de zin dat het individuele morele subject de moraal ontwerpt, maar eens op de helling moet. Dat kan een verschil in attitude ten aanzien van morele vragen veroorzaken. Maar maakt het ook verschil voor de *uitkomst* van morele afwegingen, in dit geval voor de vraag wanneer we van ophouden moeten weten? Om dat te kunnen bekijken, moeten we terug naar de basis van de autonomie, verstaan in een godsdienstige context. Net zoals de moraal iets is wat voor de mens uitgaat, waardoor autonomie zowel een recht alsook een opdracht is, is het leven zelf een bevoorrechte opdracht. Van alle dingen die de mens ontvangt is het leven zelf, als basis voor alle andere keuzen, iets dat hij niet in eigen hand heeft. Zelfbeschikking in de zin dat wij kunnen beslissen te leven of te sterven is onchristelijk.

Maar bij die *one-liner* horen wel twee kanttekeningen. Ten eerste is er wel zoiets als een plicht tot leven, maar geen plicht om het leven tot elke prijs in stand te houden. Dit zou leiden tot een eenzijdige ‘eerbied voor het leven’,

tot een vitalisme, waarvoor ik in de christelijke traditie geen enkele basis vind.⁶

Op een gegeven moment merken mensen dat het leven dat ze eens is gegeven, stukje bij beetje weer wordt afgenomen. Als dat onomkeerbaar blijkt en de strijd tegen de dood steeds ongelijker wordt, moet het einde niet tegen elke prijs worden uitgesteld. Net zomin als we het leven zomaar weggooien, heeft het zin om het met alle middelen bij elkaar te graaien. Een mens moet van ophouden weten, lijkt me, maar daarover straks nog meer.

Een tweede kanttekening. De afwijzing van extreme autonomie betekent geen vrijbrief voor subtiel of openlijk paternalisme door zorgverleners.⁷ Dat zou betekenen dat we de ene dwaling voor de andere inwisselen. Ik heb betoogd dat autonomie vanuit religieus perspectief wordt beperkt door God, niet door mensen.⁸ Elkaar bevragen en proberen te overtuigen past in dat plaatje, want met en door elkaar komen we een stukje dichterbij de kern van de godsdienst. Elkaar bevoogden en dwingen is er echter vreemd aan; mensen zijn immers God niet. Dat vormt een ijzersterke basis voor het recht van ieder mens om behandelingen te weigeren en om slechts palliatie te verlangen.

CONCLUSIE

In deze bijdrage heb ik getracht om iets te zeggen over een (protestants-)christelijke bijdrage aan beslissingen rondom het levenseinde. Ik heb dat gedaan in de bedding van een medische ethiek die op een drietal punten ruimte laat voor normen die de medische context overstijgen: in het nadenken over hoe schaarse zorg verdeeld moet worden, in de vraag wat onder de noemer 'medisch' valt, en in de vraag hoeveel ruimte het autonomieprincipe inneemt. Ik heb betoogd dat het autonomiebeginsel wel eens een toontje lager mag zingen, maar bedoel dat als een persoonlijke intentie en niet als een opgeheven vingertje. Die persoonlijke intentie stoelt op de overtuiging dat de moraal voor de

mens uitgaat en wordt ontdekt in plaats van geconstrueerd. Dat impliceert dat de waarden die we nastreven en de normen die we naleven onderdeel uitmaken van een groter geheel, en dat dus niet alles zomaar kan. Maar waar die grenzen precies liggen, behoort tot ieders eigen verantwoordelijkheid om te ontdekken. Want hoewel ik de grenzen van de autonomie tegenover God erken – Böckle spreekt van theonome autonomie⁹ –, wil ik juist de waarde van autonomie in het intermenselijke verkeer benadrukken.

Net zoals de patiënt behandelingen kan verlangen en weigeren, is het echter de verantwoordelijkheid van de medicus om te handelen vanuit de eigen professionaliteitsnormen. Het *adagium* van de medische ethiek luidde eeuwenlang: genezen: soms; verzachten: vaak; troosten: altijd. Dat laatste wil ik er hier nog even uitlichten. Net als andere professionals – of misschien wel vaker – lopen ook artsen regelmatig tegen de grenzen van het maakbare aan. Wellicht is één van de redenen voor de overspannen verwachtingen die men aan medici stelt, het bange vermoeden dat de arts de allerlaatste strohalm is die nog kansen op leven biedt. Mogelijk is dat ook één van de redenen waarom medici soms hun eigen handelen zien als de enige *lifeline* die een patiënt nog heeft, hoe laag de feitelijke effectiviteit ook moge zijn in verhouding tot de kosten en het ongemak voor de patiënt. Dat is te veel eer voor de medische professie en naar mijn overtuiging te weinig eer voor degene die het leven geeft. Waarom? Boven het lage plafond van de IC-unit, van de operatiekamer of van de kamer in het hospice is er een plafond dat hoger is. Onder de bodem van het bestaan, waar sommige mensen doorheen lijken te vallen, is er een vangnet waar mensen *niet* doorheen kunnen vallen. Geef je die hoop op, dan is het over en uit met het christendom.¹⁰ Houd je die hoop levend, dan maakt dat een wereld van verschil in vergelijking met de visie dat het levenseinde het laatste punt is op een lijn van opstaan, blinken en verzingen. Een mens die sterft is, als het goed is, een

mens met toekomst. Hoewel wij op dit punt natuurlijk heel verschillende opinies kunnen hebben, meen ik dat dit besef in de één of andere vorm bij veel werkers in de gezondheidszorg aanwezig is. Dit besef kan een basis bieden voor die genoemde derde taak van de medicus: troosten, dat wil zeggen bemoedigen, relativëren en dus ook van ophouden weten.

NOTEN

1. Voor een uitwerking van die relatie, zie: Lindeboom (1960), p. 16.
2. Voor een uitwerking van deze gedachten, zie: Boer (1997), p. 40ff.
3. Zie: Beauchamp & Childress (1983), p. 148ff.
4. Ibidem, p. 183ff.
5. In feite hing het humanisme tot voor kort een zelfde zienswijze aan – alleen had deze traditie moeite met de claim van christenen dat je voor het ontdekken van die moraal de Bijbel of de kerk nodig had. Humanisten waren optimistisch over de natuurlijke vermogens van de mens om goed van kwaad te onderscheiden. Maar dat er zoiets als goed en kwaad bestond, onafhankelijk van de mens, daarover was geen discussie.
6. Een kritische kijk op de ‘eerbied voor het leven’-gedachte vinden we o.m. al in: Lindeboom (1960), p. 16ff.
7. Een belangrijke uitzondering van Konrad zijn paternalistische interventies die erop zijn gericht om de autonomie van de patiënt juist (op termijn) te ondersteunen. Dit past tevens in een Kantiaanse autonomieopvatting. Zie Konrad (1988).
8. Ook Kuitert argumenteert voor de noodzaak om autonomie door zorgvuldig afwegen van persoonlijke willekeur af te schermen, maar uiteindelijk heeft het religieuze daarin nauwelijks een extra gewicht. Dat betekent voor hem bijvoorbeeld dat de mens zijn leven soms ‘eerbiedig’ aan God

- mag 'teruggeven': Kuitert, p. 84. Voor een uitwerking van de beperkingen van autonomie, zie: Boer (1997), p. 264 ff.
9. Zie Böckle (1972).
10. Zie Boer (1997), p. 282-286.

L I T E R A T U U R

- T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford University Press, Oxford/ New York 1983².
- F. Böckle, 'Theonome Autonomie: Zur Aufgabenstellung einer fundamentalen Moralthologie', in: J. Gründel, F. Rauh, V. Eid (red), *Humanum: Moralthologie im Dienst des Menschen. Festschrift für R. Egenter*, Düsseldorf 1972, p. 17-46.
- T.A. Boer ea. *Zorgen met visie. Zorgverlening vanuit christelijk perspectief*. 5e, geheel herziene druk. Kok, Kampen 1997, i.s.m. Christelijke Vereniging van Zorginstellingen.
- , *Theological Ethics after Gustafson: a Critical Analysis of James M. Gustafson's Theocentric Ethics*, Kok, Kampen 1997.
- M.S. Konrad, 'A Defense of Medical Paternalism: Maximizing Patients' Autonomy', in: Rem B. Edwards & Glenn C. Graber (eds.) *Bioethics*, Harcourt Brace Jovanovich Inc, Orlando FL 1988, p. 141-149.
- H.M. Kuitert, *Een gewenste dood: Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem*, Ten Have, Baarn 1981.
- S.E. Lammers, A. Verhey, *On Moral Medicine: Theological Perspectives in Medical Ethics*, Eerdmans, Grand Rapids 1987.
- G.A. Lindeboom, *Opstellen over medische ethiek*, Kok, Kampen 1960.