W.J. EIJK

'Als het niet meer hoeft'

Een handreiking van de rooms-katholieke traditie bij de grenzen aan en van het medisch handelen

Steeds vaker doet zich in de praktijk van de gezondheidszorg de vraag voor: gaan we door met levensverlengende behandeling of doen we dat niet? Ik zal trachten om vanuit de rooms-katholieke traditie licht te werpen op deze vraag.

Om de visie van deze traditie op dit gebied te begrijpen en op waarde te schatten, is het goed eerst stil te staan bij een andere vraag, namelijk hoe komt het dat wij in de laatste tien jaren steeds meer met deze problematiek worden geconfronteerd? Het is evident dat dit deels samenhangt met de ontwikkeling van nieuwe medische technologie: we kunnen steeds meer. Maar willen we ook steeds meer? De laatste vraag betreft onze cultuur, de wijze waarop wij aankijken tegen de mens, zijn bestemming en zijn mogelijkheden. Onze cultuur heeft zonder meer een vertechniseerd karakter. Dit hangt voor een deel samen met genoemde snelle technische ontwikkeling, maar er is ook een omgekeerde beweging: onze cultuur haakt naar steeds meer techniek, en wel een techniek die niet langer alleen op de omgeving wordt toegepast, maar ook op de mens zelf. Zonder overdrijving mag onze cultuur worden gekwalificeerd als de cultuur van de maakbare mens.

GRENZEN AAN DE MAAKBAARHEID?

Of we in de toekomst mensen kunnen ontwerpen door middel van genetische manipulatie, zullen we moeten afwachten. Wel staat vast dat veel voorwerk reeds geleverd

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

is. In onze samenleving geldt het lichaam als een belangrijk visitekaartje, zelfs niet zelden als het middel bij uitstek om op anderen indruk te maken: diëten, trainingen, anabole steroïden en plastische chirurgie worden gebruikt om het overigens gezonde lichaam te perfectioneren. Onze gezondheidszorg is een technisch bedrijf geworden, dat niet alleen zieken behandelt, maar ook gezonden helpt om lichamelijk 'perfect' te worden. Een karikatuur van onze cultuur, zij het wellicht enigszins gechargeerd, wordt ons voorgehouden door de schrijfster Renate Dorrestein in haar roman *Want dit is mijn lichaam*, het boekenweekgeschenk van 1997. Een van de hoofdpersonen Cas mijmert over zijn zwangere vrouw Xandra: 'Diep in de holten van haar warme lichaam waren cellen bezig zich te delen en te vermenigvuldigen: een beetje van Cas, een beetje van Xandra, wat van zijn talenten en wat van de hare, zijn ogen en haar mond, of andersom, dat moest je nu eenmaal afwachten. Maar honderd procent zeker een jongen, dat had de genderkliniek bij aanvang van de peperdure behandeling gegarandeerd. Daarna een meisje, was hun plan, en dan nieuwe borsten voor Xandra en voor de kids een blonde labrador. Of een Afghaanse windhond. Dat stond nog niet vast.'[1]

In deze cultuur waarin alles maakbaar en organiseerbaar lijkt, wordt – waar het even kan – niets aan het toeval overgelaten. Dat er grenzen zijn aan medische mogelijkheden stuit op onbegrip, omdat veel patiënten illusoire verwachtingen koesteren ten aanzien van de techniek. Zo ondervindt Job Olson, de grootvader van Cas in de geciteerde roman zijn prostaatlijden als 'een regelrechte bespotting van de menselijke waardigheid. Toch had die halfgare baviaan van een specialist ijskoud gezegd, terwijl hij zijn bleke, dunne handen waste: "U moet er maar mee leren leven" (...) Hij had een operatieve ingreep verwacht, iets met laser, of anders tenminste een afdoende pillenkuur. Ze konden Siamese tweelingen scheiden, harten transplanteren, grote borsten kleiner maken en kleine bor-

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

sten groter, ze vroren sperma in en brachten eicellen buiten de baarmoeder tot bevruchting. Elke flard en flinter van de mens kon worden gereviseerd, gerepareerd, geperfectioneerd; voor het hele bouwpakket waren nieuwe of sterk verbeterde onderdelen te krijgen, alleen Job Olson viste achter het net.'[2]

En als er nu eens helemaal niets meer van het leven te maken valt? Zeker in Nederland kiezen mensen in toenemende mate dan voor de maakbaarheid van de dood, om de regie over het leven tot het laatste toe in de hand te houden in de vorm van euthanasie of hulp bij suïcide. Ook het tegenovergestelde komt voor: de poging iets van het leven te maken tegen beter weten in. De tijd waarin de pneumokok bekend stond als 'the old man's friend' ligt al lang achter ons. De toepassing van nieuwe technieken bij comateuzen, ernstig verzwakten en patiënten op zeer hoge leeftijd is strikt medisch-technisch gezien effectief, want zij kunnen ermee in leven worden gehouden. Alleen, zoals vaak, keert ook hier de wal het schip en bekruipt menigeen de twijfel of hiermee niet aan het doel wordt voorbijgeschoten. Aan de andere kant: als iemand door het staken of niet instellen van de behandeling sterft, is dat niet – althans ethisch gezien – gelijk aan euthanasie? Technische vooruitgang mag dan in een aantal opzichten winst zijn, hij maakt de zaken er niet gemakkelijker op.

Eindeloze discussies zijn gevoerd over de bijdrage van de christelijke traditie aan medisch-ethische problemen als de hier geschetste. Niet zelden is geconcludeerd dat een traditie uit het verleden voor moderne problematiek geen antwoord heeft te bieden. Maar hoe komt men tot deze conclusie? Veelal kent men noch de traditie noch de eigen cultuur. Dat laatste lijkt vreemd, maar het geldt voor onze cultuur als voor weinig andere: wij leven in een tamelijk 'bewusteloze' cultuur, een cultuur die weinig over zichzelf nadenkt en niet stilstaat bij de eigen inhoud of misschien gebrek aan inhoud. In ieder geval wordt het einde van de twintigste eeuw gekenmerkt door een ongekende onver-

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

schilligheid waar het gaat om levensbeschouwing of – wat er nauw aan verwant is – politieke kleur of richting.

Wie zich ervan bewust is dat hij in de gezondheidszorg werkzaam is vanuit een maakbaarheidscultuur, zal ook in staat zijn gerichte vragen te stellen aan de christelijke traditie en haar visie met die van de eigen cultuur te vergelijken. Op de eerste plaats stelt zich de hamvraag: wat wordt bedoeld met de klassieke these dat het leven heilig is? De tweede vraag luidt: als het leven heilig is, tot hoever strekt zich dan de zorgplicht uit bezien vanuit die christelijke traditie?

DE HEILIGHEID VAN HET MENSELIJK LEVEN

De waarde van het menselijk leven hangt uiteraard rechtstreeks samen met de waardigheid van de menselijke persoon. Deze specifieke waardigheid die de mens onderscheidt van de andere levende wezens op deze aarde, betreft zijn geestelijke vermogens, rede en wil, waardoor hij tot het nemen van vrije beslissingen in staat is. Juist in het geestelijk levensprincipe, met een klassieke term de ziel, weerspiegelt hij iets van zijn Schepper: 'Nu gaan Wij de mens maken, als beeld van Ons, op Ons gelijkend (...) En God schiep de mens als zijn beeld; als het beeld van God schiep Hij hem' (Gen. 1,26-27). Vanwege deze speciale positie van de mens en het feit dat hij zijn eindbestemming in de eeuwige aanschouwing van God vindt, is de mens een doel in zich en niet alleen een instrumenteel goed. God, die de ziel van iedere mens direct uit het niets schept, houdt het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht over de mens aan Zichzelf voor. Zo zegt de *Katechismus van de Katholieke Kerk* in zijn inleiding op het vijfde gebod 'Gij zult niet doden' (Ex. 20,13; Deut. 5,17): 'Het menselijk leven is heilig omdat het vanaf zijn oorsprong getekend is door Gods scheppende activiteit en voor altijd een speciale relatie blijft bewaren met zijn Schepper, zijn enige einddoel. God alleen is de meester van het leven, vanaf het

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

begin tot het einde: niemand mag, in welke situatie dan ook, voor zich het recht opeisen om rechtstreeks aan een onschuldig menselijk wezen het leven te ontnemen' (nr. 2258).[3]

Een cruciaal element van de christelijke leer is dat het lichaam een essentieel (intrinsiek) onderdeel van de menselijke persoon is en daarom participeert in diens waardigheid als beeld van God en als doel in zich. Dit stemt overeen met de mensvisie van de Heilige Schrift. In de proloog op het Johannesevangelie wordt niet eenvoudigweg gezegd dat het Woord Gods (Christus) 'mens' geworden is, maar: 'het Woord is vlees geworden' (Joh. 1,14), om te benadrukken dat Jezus geen schijnlichaam had. Ignatius van Antiochië († 107) bevestigt dat de verlossing zowel de ziel als het lichaam betreft: 'Er is slechts een Arts, zowel lichamelijk als geestelijk, (...) Jezus Christus onze Heer.'[4] De effecten van de sacramenten, hoewel in zichzelf uiteindelijk geestelijk, worden bewerkt door middel van zintuiglijk waarneembare, zichtbare en materiële tekenen die alleen in en door middel van het lichaam ontvangen worden. Dat het lichaam essentieel tot de menselijke persoon behoort, is tevens inherent aan de leer van de verrijzenis van ziel en lichaam aan het einde der tijden, die inhoudt dat de mens ook in eeuwigheid bestaat als een complete persoon, niet alleen geestelijk maar ook fysiek (vgl. Rom. 8,11.23).[5]

Door gebruik te maken van aanvullende argumenten, binnen de katholieke traditie vooral ontleend aan de aristotelisch-thomistische filosofie, vonden de theologen een antwoord op het 'mind-body-probleem', het meest fundamentele vraagstuk van de Westerse filosofie. Zij konden zo het Cartesiaanse dualisme vermijden volgens welke de mens is samengesteld uit lichaam en ziel als twee gescheiden componenten die op het niveau van de hersenen met elkaar communiceren.[6] Nauw hieraan verwant is de neokantiaanse mensvisie die het persoon-zijn koppelt aan de aantoonbare aanwezigheid van het denkvermogen, zelfbewustzijn, het vermogen tot het nemen van vrije beslis-

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

singen en tot sociale communicatie.[7] Deze mensvisie impliceert dat ongeboren en pasgeboren kinderen en ook mensen met een irreversibel coma of in een persisterende vegetatieve staat weliswaar biologisch gezien menselijke wezens zijn, maar geen menselijke personen. Op deze basis worden abortus provocatus, infanticide en actieve levensbeëindiging of orgaanexplantatie bij mensen met een irreversibel coma gerechtvaardigd. Omdat het lichaam niet wezenlijk tot de menselijke persoon – gereduceerd tot enkele hersenfuncties – behoort, kan hij er vrijelijk over beschikken en desgewenst voor de dood kiezen als hij tot de slotsom is gekomen dat het leven hem niets meer te bieden heeft. Dit dualisme ligt – ofschoon niet altijd even bewust – ten grondslag aan de mechanische inslag van de hedendaagse geneeskunde die zich niet focust op de persoon als een geheel, maar op het lichaam als ware het onderscheiden van de betrokken persoon. Daardoor is zij geneigd het menselijk lichaam als een maakbaar en perfectioneerbaar object te zien en het geestelijk welzijn van de mens over te laten aan de zielzorger of – in deze geseculariseerde tijd – de klinisch psycholoog en de psychiater.

Over iets beschikken betekent iets gebruiken voor een zelfgekozen doel. Dit is alleen aanvaardbaar, wanneer het een zuiver instrumenteel goed betreft, iets dat geen waarde in zich heeft, maar louter dient om iets anders te verwezenlijken. Het lichaam als essentieel onderdeel van de menselijke persoon is geen louter instrumenteel goed, maar een intrinsiek goed. Het rentmeesterschap over deze wereld impliceert daarom dat de mens weliswaar een beperkt recht heeft om over het infra-humane leven te beschikken, dat slechts een instrumentele waarde vertegenwoordigt, maar niet over de eigen biologische natuur. Het beschikkingsrecht hierover, evenals over de mens als geheel, komt alleen aan God toe: 'Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als Zijn beeld heeft God de mens gemaakt' (Gen. 9,6).

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

Dat het menselijk leven heilig is, betekent dus dat het leven een intrinsiek goed is en niet alleen als instrumenteel goed mag worden bejegend. Dit is de reden waarom actieve euthanasie, (hulp bij) suïcide, actieve levensbeëindiging zonder verzoek en abortus incoherent zijn met de mensvisie van de christelijke traditie: deze handelingen impliceren immers dat menselijk leven wordt opgeofferd als middel om aan een of andere vorm van lijden te ontkomen.

ALLES DOEN OM HET LEVEN TE BEHOUDEN?

Als iets een mens heilig is, dan heeft hij er alles voor over. Moet dezelfde conclusie worden getrokken naar aanleiding van de heiligheid van het menselijk leven? Wie kan zich niet indenken dat een oudere onder bepaalde omstandigheden of een terminaal zieke het voor gezien houdt, chirurgisch of medisch ingrijpen laat voor wat het is en daardoor eerder sterft dan wellicht nodig was geweest? Wat betekent het eigenlijk dat het menselijk leven heilig is? We bedoelen, zo hebben we gezien, dat het leven een fundamenteel en intrinsiek goed is. Daarmee is het echter nog geen absoluut goed, dat koste wat kost in stand moet worden gehouden, aldus de encycliek *Evangelium vitae* (nr. 47).

Tegenover tegenstanders van de legalisering van euthanasie wordt wel geschermd met het argument dat het niet instellen of staken van levensverlengende behandeling hetzelfde effect heeft als actieve levensbeëindiging. Als het eerste geoorloofd is, dan geldt dat ook voor het tweede. Bekend zijn de woorden van Rachels: 'Als een arts uit humane motieven een patiënt laat sterven, dan draagt hij dezelfde morele verantwoordelijkheid, als wanneer hij uit humane motieven een dodelijke injectie zou hebben gegeven.'[8]

Dezelfde gedachte is herkenbaar in rapporten van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

Bevordering der Geneeskunst. Hierin worden onder levensbeëindigend of levensbekortend handelen zowel de toediening van euthanatica als het achterwege laten van levensverlengende behandeling verstaan.[9]

De katholieke traditie gaat er vanuit dat niet alleen de intentie de ethische beoordeling van een handeling bepaalt, maar ook het middel om die intentie te verwezenlijken. Twee verschillende handelingen die hetzelfde op zich goede doel dienen, vallen daarom niet onder dezelfde ethische kwalificatie: er is niets mis mee dat ik in mijn levensonderhoud voorzie, maar het maakt wel uit of ik dat doe door moraaltheologie te doceren of door chantage, diefstal en fraude.

Om zijn boven geciteerde stelling te staven noemt Rachels als voorbeeld de oom die handenwrijvend toeziet hoe zijn zesjarig neefje in de badkuip uitglijdt, met zijn hoofd terechtkomt op de rand ervan en bewusteloos onder het wateroppervlak verdwijnt. Hij schiet hem niet te hulp en laat hem verdrinken, omdat hij al langere tijd diens erfenis in de wacht wilde slepen. Het zou hetzelfde zijn geweest als de oom het neefje in het bad had verdronken. Rachels heeft gelijk als hij zegt dat 'laten sterven' hier ethisch gezien gelijkstaat met 'doden'. Een verandering van genoemd voorbeeld maakt echter duidelijk dat dit niet altijd het geval is. Als het jongetje van een boot in een woest kolkende rivier met krokodillen valt, kan het de oom niet kwalijk worden genomen dat hij een reddingspoging achterwege laat. In dit geval is 'laten sterven' niet equivalent aan 'doden'.

Wat hier is gezegd, gaat ook op voor de gezondheidszorg: er is uiteraard een zorgplicht met betrekking tot het leven en de gezondheid, maar die geldt niet onbeperkt. Zoals gezegd is het leven wel een intrinsiek, maar geen absoluut goed. Voor de praktijk is een criterium nodig aan de hand waarvan de grenzen aan de zorgplicht in concrete gevallen kunnen worden aangegeven. In extreme gevallen levert dat

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

geen moeilijkheden op. In het boekje *Medische macht en medische ethiek* van de Leidse hoogleraar in de psychiatrie Van den Berg uit 1969 wordt een man afgebeeld die een hemicorporectomie wegens een uitgezaaid neoplasma aan een been heeft ondergaan: wat hem rest is een hoofd, twee armen en een rompje dat direct onder de borstkas eindigt en voorzien is van stomata voor de darm en de urinewegen.[10] Niemand zal het ondergaan van zo'n vergaande ingreep moreel vereist achten. Dit geldt ook voor andere situaties waarin met mutilerende operaties, kunstmatige beademing, radio- of chemotherapie het leven nog kan worden behouden, maar zonder uitzicht op herstel. Er zijn daarentegen ook situaties denkbaar waarin het evident is dat afwijzing van behandeling gelijkstaat met actieve levensbeëindiging. Dat zou het geval zijn als iemand weigert een ongecompliceerde longontsteking met een penicillinepreparaat te laten behandelen en dientengevolge overlijdt, terwijl er een redelijk uitzicht op volledig herstel bestaat. Ethisch gezien staat dit praktisch gelijk met suïcide.

GRENZEN AAN DE ZORGPLICHT

De meeste problemen doen zich voor in de zogenaamde grijze zone, dat wil zeggen bij casussen waarin de verhoudingen niet zo zwart-wit liggen. Te denken valt aan therapie met antibiotica bij terminale patiënten of de toediening van voedsel en vocht via de maagsonde bij patiënten in een persisterend vegetatieve staat. Verschillende criteria zijn aangelegd om tot een ethisch gefundeerde beslissing te komen.

Bij twijfel rijst vaak de vraag of een concrete therapie bij een bepaalde patiënt gezien de prognose niet zinloos is. Hoewel als regel goed bedoeld, kan van deze formulering een verkeerde suggestie uitgaan. Waarom is de behandeling zinloos? Omdat het leven er niet door verlengd wordt? Maar dat is meestal niet de reden om van 'zinloos' te spre-

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

ken. Klijn maakt daarom onderscheid tussen medisch zinvol, maar menselijk gezien zinloos.[11] Bedoelt men met dit laatste dat verder leven onder de gegeven omstandigheden vanwege de conditie van de patiënt zinloos is? Zo zou men echter – wellicht onbewust – diens leven op zichzelf als zinloos kunnen beschouwen. Dit valt echter niet te rijmen met het feit dat het leven een intrinsiek goed is. Bovendien geeft de term 'zinloos' inhoudelijk niet aan waarom een grens aan de zorgplicht is bereikt.

Verschillende criteria om deze grens aan te geven zijn ontwikkeld tijdens de discussie rond mevrouw Stinissen-Swagermans in 1990, die na een narcosefout bij een keizersnede zestien jaar in een persisterend vegetatieve staat verkeerde en daarbij door vocht- en voedseltoediening via de maagsonde in leven werd gehouden. Sommigen waren van mening dat deze behandeling gecontinueerd moest worden, omdat zij een verpleegkundige, dus geen medische handeling zou zijn.[12] Dit is slechts een verschuiving van het probleem naar de vraag waar dan wel de grens tussen een verpleegkundige en medische handeling moet worden getrokken. Tegenstanders achtten deze wijze van vocht- en voedseltoediening 'niet-natuurlijk' of 'artificieel'.[13] Sommige langdurig comateuze patiënten kunnen echter voedsel dat achter op de tong wordt gelegd door de slikreflex zonder veel moeilijkheden inslikken. Dit is strikt genomen ook geen 'natuurlijke' wijze van voedsel- en vochtopname.

Sinds de zestiende en zeventiende eeuw hanteert de katholieke moraaltheologie het beroemde onderscheid tussen de 'gewone' en 'buitengewone' middelen.[14] Sterven als gevolg van de weigering gewone middelen toe te passen staat gelijk met actieve levensbeëindiging of zelfdoding. Iemand die sterft doordat hij van buitengewone middelen afziet, wordt 'moraliter' niet geacht naar de dood te streven. Een medische behandeling werd als buitengewoon gekwalificeerd als zij moeilijk toepasbaar, duur, amper beschikbaar of pijnlijk was. Dat met het laatste in een tijd waarin

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

chirurgische ingrepen nog zonder narcose plaatsvonden, rekening werd gehouden, is begrijpelijk. Hoewel genoemd onderscheid op een inzichtelijk fundament, de afweging tussen de voor- en nadelen van behandeling, berustte, was de gebruikte terminologie weinig verhelderend. Zolang de geneeskunde weinig veranderde, was het niet moeilijk om medische ingrepen als 'gewoon' of 'buitengewoon' te kwalificeren. Tot in de vorige eeuw golden de amputatie van een extremiteit, sectio caesarea, het openen van een anus imperforatus, de drainage van de pleuraholte, nier- en blaassteenoperaties en ascitespuncties, herniotomie en trepanatie als buitengewoon. Hetzelfde gold voor kunstmatige beademing aan het einde van de jaren veertig van deze eeuw. Een moeilijkheid is dat de termen 'gewoon' en 'buitengewoon' doen denken aan al dan niet 'gebruikelijk' of 'frequent'. Door de snelle progressie van de geneeskunde sinds de jaren dertig zijn nieuwe therapieën en technieken, die in de aanvangsfase sporadisch toepassing vonden, binnen relatief korte tijd gemeengoed geworden. Ook op hoge leeftijd zijn door de verbeterde anesthesie uitgebreide operaties zonder onaanvaardbare risico's uitvoerbaar. Sinds de jaren zeventig hebben de katholieke moraaltheologen en ook het kerkelijk leergezag de termen 'gewoon' en 'buitengewoon' vervangen door 'geproportioneerd' respectievelijk 'ongeproportioneerd'.[15] Deze terminologie geeft beter weer waar het om draait, namelijk de vraag of de verhouding tussen de kans op levensbehoud en genezing en de conditie van de patiënt na behandeling al dan niet opwegen tegen de risico's, bijwerkingen, complicaties voor de patiënt, en kosten en investering van medisch-verpleegkundig personeel. Zo zegt het *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg*, uitgegeven door de Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg (1995): 'Het is te allen tijde geoorloofd zich tevreden te stellen met de normale middelen die de geneeskunde kan bieden. Men kan niemand echter verplichten zijn toevlucht te nemen tot een behandeling die, hoewel reeds in gebruik, nog niet

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

vrij is van gevaren of te belastend is.' Dit weigeren 'is echter niet hetzelfde als suïcide'. Het kan veeleer 'ofwel een eenvoudig aanvaarden van het mens zijn' betekenen, 'ofwel het verlangen te vermijden dat medische apparatuur wordt toegepast, gedisproportioneerd aan de resultaten die men ervan zou kunnen verwachten, ofwel de wil gezin en maatschappij niet al te grote lasten op te leggen'.[16]

Het onderscheid tussen geproportioneerde en niet-geproportioneerde middelen, dat ook in niet-katholieke kringen ingang heeft gevonden, mag dan helder zijn, het geeft geen concreet antwoord op alle vragen. Betrokkenen kunnen in goed geweten van elkaar verschillen wat betreft de inschatting van de verhoudingen. De een zal een bepaalde therapie nog als proportioneel zien, terwijl een ander dat niet doet. Een absoluut antwoord is ook in het geval van de voedsel- en vochttoediening bij patiënten in een persisterend vegetatieve staat niet te geven. De toediening van euthanatica valt rechtstreeks onder de norm dat het leven van de menselijke persoon niet als instrumenteel object mag worden gebruikt. Daardoor is direct inzichtelijk dat euthanasie ongeoorloofd is. Het onderscheid tussen proportionele en niet-proportionele middelen valt echter niet rechtstreeks onder genoemde norm, maar onder haar toepassingsgebied.

Persoonlijk acht ik ongecompliceerde voedsel- en vochttoediening via de maagsonde een proportionele behandeling, met name omdat het hier om fundamentele levensbehoeften gaat en niet om de toediening van geneesmiddelen. Het *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg* zegt hierover:

'De voeding en het toedienen van vocht horen, ook al geschieden die kunstmatig, tot de normale behandelingen waar de zieke te allen tijde recht op heeft, wanneer zij althans niet belastend voor hem blijken te zijn: het onrechtmatig stopzetten hiervan kan de betekenis van een echte euthanasie hebben.'[17]

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

Zonder twijfel moet een wilsbekwame patiënt in het algemeen zelf uitmaken of hij een behandeling die zijn arts hem voorstelt, ondergaat of niet. Het is zijn persoonlijke verantwoordelijkheid zich hierbij zo goed mogelijk door zijn arts te laten voorlichten. Zo zegt paus Pius XII: 'De rechten en de plichten van de geneesheer zijn correlatief met die van de patiënt. De geneesheer heeft met betrekking tot de patiënt geen afzonderlijk of zelfstandig recht; in het algemeen kan hij slechts handelen wanneer de patiënt hem uitdrukkelijk of impliciet (direct of indirect) daartoe machtigt.'[18]

Bij een patiënt die beschikt over het normale gebruik van de rede en de wil 'mag men geen toestemming presumeren: deze dient beslist en expliciet te zijn'.[19] Ook als de arts van mening mocht zijn dat levensverlengende behandeling geproportioneerd is en weigering ervan ethisch gezien met suïcide gelijk staat, dan nog kan hij die niet opdringen of opleggen. Hooguit de overheid heeft de bevoegdheid iemand tegen diens wil een medische behandeling te laten ondergaan, bijvoorbeeld bij een besmettelijke ziekte die voor de volksgezondheid gevaar oplevert, of ten aanzien van kunstmatige voeding in het geval van hongerstakers.

Bij wilsonbekwame patiënten mag de arts een impliciete instemming presumeren tenminste wat betreft de toepassing van geproportioneerde behandeling, omdat normalerwijs mensen hun leven willen behouden. Hij zal dan met hun familieleden overleg plegen, maar kan hun de beslissing niet in handen geven. Afgezien van de grote emotionele belasting die dat voor hen betekent, valt niet in alle gevallen uit te sluiten dat zij voordeel hebben bij het spoedig overlijden van de patiënt.

Steeds meer mensen stellen een levenswensverklaring op waarin zij aangeven welke therapieën wel en niet in bepaalde omstandigheden bij hen moeten worden toegepast.

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

In ieder geval zal zo'n verklaring regelmatig moeten worden vernieuwd om er enigermate zeker van te zijn dat zij de actuele wil van de patiënt tot uitdrukking brengt. Verder verdient het aanbeveling de verklaring in overleg met de eigen huisarts of behandelend specialist in te vullen opdat de levenswensverklaring geen irreële verlangens bevat.

ALS HET NIET MEER HOEFT, WAT DAN?

Bij de inschatting van wat nog geproportioneerd is of niet, spelen naast professionele kennis, ervaring en expertise het eigen karakter en de instelling van de arts een rol. Is hij een exponent van de maakbaarheidscultuur, dan zal hij geneigd zijn te proberen er ondanks alles nog iets van te maken. Deze cultuur ondergaan overigens ook zijn patiënten. Tevens kan in het verlengde hiervan worden gekozen voor de 'maakbaarheid' van de dood. In beide gevallen blijft de arts steken in een technisch aanbod. Ook actieve levensbeëindiging is immers op de keper beschouwd niets anders dan een technisch antwoord op een menselijk probleem als het lijden. Hierop kan het trouwens geen antwoord zijn: actieve levensbeëindiging is het elimineren van de lijdende mens en daarmee de ontkenning van het eigenlijke probleem. Zowel levensbeëindigend handelen als krampachtig het leven verlengen vloeien hieruit voort dat de arts die is gevangen in een maakbaarheidscultuur, de techniek ziet als de enige reële hulp die hij te bieden heeft. Hier komt nog bij dat veel artsen worstelen met faalangst en daarom moeilijk kunnen toegeven dat hun technisch kunnen een grens heeft bereikt.

Als alle technisch-therapeutische middelen zijn uitgeput, valt er de patiënt echter nog heel veel te bieden, met name op palliatief gebied. De verzorging van de zieke verschuift dan bijna geheel van 'cure' naar 'care'. Palliatie heeft zeker een technische kant, maar vereist vooral iets anders dat alleen kan worden ontdekt als de bereidheid bestaat over de horizon van de maakbaarheidscultuur

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

heen te kijken. Het veronderstelt dat artsen en andere medewerkers in de gezondheidszorg zich ook op menselijk vlak met de patiënt en diens worsteling met het lijden durven inlaten.

De zusters van Moeder Theresa van Calcutta kunnen van het leven van de stervenden die zij van de straat plukken, niet veel meer 'maken'. Toch zien zij dat niet als een reden om ze af te schrijven: de zusters hebben wel iets te bieden, namelijk zichzelf, hun menszijn, hun liefde en hun zorg. De Heilige Schrift laat ons zien dat het lijden ten diepste teruggaat op de geschonden liefde tussen God en mens (Gen. 3; Rom. 5), omdat hierin de diepste behoefte van de mens ligt. De 'sterfhuizen' van moeder Theresa zijn oorden van vrede en harmonie, omdat de stervenden daar in hun diepste menszijn aan hun trekken komen: hier ontmoeten zij mensen die iets van God Zelf en Zijn liefde willen laten zien. Tot dit laatste worden zij in staat gesteld door de gave van de Heilige Geest, aldus *Evangelium vitae*:

'De Geest, die gemeenschap in liefde bewerkt, schept onder de mensen een nieuwe broederlijkheid en solidariteit, ware weerspiegeling van het mysterie van het zich onderling geven en ontvangen in de heilige Drieëenheid. De Geest zelf wordt de nieuwe wet die de gelovigen kracht verleent en die een beroep doet op hun verantwoordelijkheid het geven van zichzelf en het aannemen van de ander te beleven, door deel te hebben aan de liefde van Jezus Christus, en dit volgens diens maat' (nr. 76).[20]

De zorg voor het geschonden leven in navolging van Jezus vereist dat tussen zieken en hulpverleners een band van liefde en medelijden ontstaat. Dit laatste kan nooit een oppervlakkig medelijden zijn, maar vooronderstelt dat iemand, zoals gezegd, het eigen lijden in zijn leven een plaats heeft gegeven. Dat is een waarheid die al in de Griekse Oudheid bekend was. Het esculaapteken, een staf met een slang erom gekronkeld, was oorspronkelijk het attribuut van Aesculapius. Volgens een van de mythen

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

rond zijn persoon raakte deze Grieks-Romeinse god van de geneeskunde gewond nog voordat hij geboren werd. Voor de opvoeding werd hij toevertrouwd aan Chiron, een centaur (een wezen met het bovenlijf van een mens en het onderlijf van een paard). Deze Chiron, die zelf aan een ongeneeslijke wond leed, onderrichtte Aesculapius in de geneeskunde. Zo vond Aesculapius in Chiron een bijzondere leermeester op dit vakgebied. Deze was, zelf een 'gewonde genezer', als geen ander in staat Aesculapius te helpen met het lijden vertrouwd te raken en daarin uitzicht en genezing te brengen.[21] Aan de mythe van Aesculapius ligt de gedachte ten grondslag dat juist alleen hij een goed arts kan zijn die zelf het lijden kent en het een plaats heeft weten te geven in het eigen leven. Onbewust kan een hulpverlener zijn eigen instelling en cultuur op de hulpvragende overdragen. Ziet hij, omdat hij zelf gevangen is in de cultuur van de maakbare mens, geen mogelijkheden meer als de techniek haar grenzen heeft bereikt, dan is de kans groot dat de patiënt daardoor beïnvloed raakt. Heeft hij het eigen lijden, de eigen grenzen en onvolkomenheden in het eigen leven geïntegreerd, dan kan hij anderen helpen daarin hun weg te vinden.

Helemaal geldt dat voor wie de gewonde Genezer bij uitstek, Jezus, navolgt, die door Zijn Menswording ons bestaan met zijn lijden heeft gedeeld om ons te verlossen: 'Want wij hebben een hogepriester die in staat is mee te voelen met onze zwakheden; Hij werd zelf op allerlei manieren op de proef gesteld, precies zoals wij, afgezien dan van de zonde' (Hebr. 4,15).

Mij lijkt dat wat Nouwen een nieuwe vorm van 'autoriteit' voor de clergé van de toekomst noemt, namelijk 'compassie', ook opgaat voor werkers in de gezondheidszorg: 'Compassion is born when we discover in the center of our existence not only that God is God and man is man, but also that our neighbour is really our fellow man (...) For a compassionate man nothing human is alien: no joy and no sorrow, no way of living and no way of dying.'[22]

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

Zonder deze vorm van compassie ontdekt een mens niet wie zijn naaste is en kan de liefde jegens hem niet ten volle tot zijn recht komen.

CONCLUSIE: WAT HOEFT NIET MEER?

'Als het niet meer hoeft' heeft betrekking op het technisch aanbod van de gezondheidszorg. Als dit niet meer hoeft, dan heeft de patiënt nog wel aan heel veel andere, zelfs fundamentelere zaken dringend behoefte. Hiervoor oog en oor hebben en een antenne ontwikkelen, is een opgave voor elke christelijke medewerker in de gezondheidszorg die zijn geloof en zijn professie serieus neemt.

NOTEN

1. R. Dorrestein, *Want dit is mijn lichaam*, Uitgeverij Contact/Stichting Collectieve Propaganda van het Nederlandse Boek, Amsterdam 1997, p. 27.
2. Ibid., p. 51-52.
3. *Katechismus van de Katholieke Kerk*, Licap/Secretariaat Rooms-Katholiek Kerkgenootschap, Brussel/Utrecht 1995.
4. Ignatius van Antiochië, *Brief aan de Efesiërs* 7,2, in: *PG* 5, 649-652.
5. B.M. Ashley, *Theologies of the body: humanist and christian*, Braintree: The Pope John XXIII Medical-Moral Research and Education Center, 1985, p. 103-249; B.M. Ashley, K.D. O'Rourke, *Health care ethics. A theological analysis*, Georgetown University Press, Washington 1997, (4e ed.), p. 33-34; D. Tettamanzi, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo*, Casale Monferrato, Piemme 1990, (2e ed.). p. 83-88.
6. De filosoof René Descartes meende dat ziel en lichaam met elkaar communiceren via de glandula pinealis, zie: 'Les passions de l'âme', XXXI-XXXVI, in: *Oeuvres de Descartes*, ed. Ch. Adam, P. Tannery, Parijs: J. Vrin, 1974, vol. XI, p. 351-357; deze mensvisie treft men, mutatis mutandis, heden

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

nog aan bij de neurofysioloog J. Eccles, *Das Gehirn des Menschen*, München/Zürich 1984, (5e ed.), p. 263-280.

7. H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, Oxford University Press, New-York/ Oxford 1996, (2e ed.), p. 135-154; P. Singer, *Practical ethics*, Cambridge University Press, Cambridge 1993, (2e ed.), p. 85-109, 175-217.
8. J. Rachels, 'Active and Passive Euthanasia', *The New England Journal of Medicine* , 292 (1975), p. 79.
9. KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, *Discussienota levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel I: Zwaar-defecte pasgeborenen*, Utrecht, 1990, p. 3-4; Idem, *Deel II: Langdurig comateuze patiënten*, Utrecht 1991, p. 3-4; Idem, *Deel III: Ernstig demente patiënten*, Utrecht 1993, p. 4-9. In dit laatste rapport (p. 9) worden met de uitdrukking 'levensbekortend handelen' zowel het afzien van levensverlengend ingrijpen als het toedienen van farmaca in een dodelijke dosering aangeduid. Voor dit laatste is de term 'levensbeëindigend handelen' gereserveerd.
10. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, G.F. Callenbach, Nijkerk 1969, p. 31-34.
11. W.C.M. Klijn, W. Nieboer, *Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ethische analyse en waardering. Wet en recht*, Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen, Utrecht 1984, p. 17-18.
12. H. van der Kolk, 'Verhouding medische taak en verpleegkundige taak', *Vita Humana* 18 (1991), p. 11-13.
13. R.T.W.M. Thomeer, 'Abstineren bij irreversibel coma', in: *Vita Humana* 17 (1990), p. 119; M.M. Plomp-van Harmelen, 'Verhouding medische taak en verpleegkundige taak, in: *Vita Humana* 18 (1991), p. 14-15.
14. W.J. Eijk, *De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een Rooms-Katholiek standpunt inzake euthanasie*, Tabor, Brugge 1987, p. 159-161.
15. Ibid., p. 319-352.
16. Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg,

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)

Handvest van de werkers in de gezondheidszorg, Colomba, Oegstgeest 1995 (Publicaties van de Stichting Medische Ethiek 3), nr. 65; de citaten zijn ontleend aan: Congregatie voor de Geloofsleer, 'Verklaring over euthanasie', AAS 72 (1980), p. 549.

17. Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg, *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg*, op. cit., nr. 120. Hierbij dient te worden aangetekend dat de term euthanasie in het buitenland in tegenstelling tot het in Nederland ingeburgerde gebruik zowel vrijwillige levensbeëindiging kan zijn als levensbeëindiging buiten medeweten van de patiënt.
18. 'Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot een groep anaesthesisten over het probleem van de reanimatie', in: *Katholiek Archief*, 13 (1958), p. 4; 'Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot het internationaal bureau van documentatie van militaire geneeskunde', in: *Katholiek Archief*, 9 (1954), p. 151.
19. Pauselijke Raad voor het pastoraat in de gezondheidszorg, *Handvest van de werkers in de gezondheidszorg*, op. cit., nr. 73.
20. Nederlandse vertaling geciteerd uit *Kerkelijke Documentatie* 23 (1995), nr. 5.
21. *Reallexikon für Antike und Christentum*, s.v. 'Asklepios'.
22. H.J.M. Nouwen, *The wounded healer. Ministry in contemporary society*, Doubleday & Company, New York 1972, p. 41.

W.L.H. Smelt en V.G.H.J. Kirkels (red.), Grenzen aan het medisch handelen
Valkhof Pers, Nijmegen 1999
(Annalen van het Thijmgenootschap, afl. 87.2)