

VII.1.2 Onderwijs en opleiding van gezondheidswerkers

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

De geschiedenis van de medische opleiding en praktijk in Europa gaat terug tot de middeleeuwen. Gedurende de hele 19e eeuw was er echter een tendens naar regulering van de medische opleiding en praktijk. In veel Europese landen werd regelgeving ingevoerd, te beginnen met de veranderingen als gevolg van de Franse Revolutie. Pas in 1892 werd in Frankrijk een wet aangenomen die bepaalde dat niemand de geneeskunde mocht uitoefenen die geen arts was. In Engeland, waar het medisch onderwijs niet nauw verbonden was met de universiteiten zoals in andere Europese landen, werd het onderwijsprogramma tegen het einde van de 19e eeuw gereguleerd. In Nederland werd in 1865 een wet op de uitoefening van de geneeskunde aangenomen en in de Nieuwe Wereld werd in 1876 een soortgelijke wet aangenomen in Quebec, Canada.

In de Verenigde Staten duurde het langer om een uniforme institutionalisering van de medische opleiding tot stand te brengen. In de 19e eeuw werd het onderwijs op drie manieren gegeven: in de vorm van een leertijd van individuele meester tot leerling, in een groot aantal particuliere medische scholen en in een klein aantal academische instellingen. De American Medical Association richtte in 1904 de Council on Medical Education (CME) op en in het Flexner-rapport (1910) werd de toestand van het medisch onderwijs herzien dat werd gegeven in ongeveer 155 plaatselijke medische scholen en aan universitaire medische hogescholen. Tegen de jaren 1930 werd het medisch onderwijs uiteindelijk volledig beperkt tot de universitaire medische scholen. Medische professionele normen werden vastgesteld door de CME en kregen praktisch kracht van wet.

Tegenwoordig zijn de wetenschappelijke en professionele normen voor artsen in de meeste ontwikkelde landen goed gedefinieerd en staan ze op een hoog niveau. Er waren ook ontwikkelingen in de manier waarop patiënten tegen gezondheidszorg aankeken, en in de betrokkenheid van de gemeenschap en de staat bij de gezondheidszorg. De ontwikkelingen op dit gebied waren in veel landen verschillend.

V.1 Reconstructieve en cosmetische (plastische) chirurgie

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

De hedendaagse chirurgie is in staat een groot aantal lichamelijke defecten te verbeteren of te herstellen. Hierbij kan gedacht worden aan het aanzetten van afgerukte vingers (inclusief het herstellen van de zenuwverbindingen), het herstellen van huiddefecten ontstaan na brandwonden door autotransplantatie van stukken huid. Voor zover deze bedoeld zijn om de normale functie van het lichaam te herstellen leveren zijn het therapeutische ingrepen die geen speciale ethische vragen oproepen. Wel is het zo dat in omstandigheden van schaarste middels prudente afwegingen gemaakt zullen moeten worden welke behandeling de voorkeur geniet: het is logisch alle patiënten met een levensbedreigende aandoening, b.v. een blindedarmonsteking, te opereren en reconstructieve chirurgie niet of slechts op beperkte schaal uit te voeren.

De vraag of een behandeling goed is of niet dringt zich ook op wanneer niet het herstel van de normale functie van het lichaam het doel is, maar destructie of verhindering van normale lichaamsfuncties. In geval van destructie zou gedacht kunnen worden aan verminkingen van criminelen als strafmaatregel (blind maken,

afsnijden van vingers, handen en tong), zoals gebruikelijk in sommige landen. Deze ingrepen zijn een ernstige schending van de menselijke waardigheid en daarom verwerpelijk. Een ingreep die vaak wordt uitgevoerd is de onderbreking van zaad- of eileider met als doel de vruchtbaarheid te verhinderen. Het gaat hier niet om een therapeutische ingreep. Bovendien zijn er andere, ethisch aanvaardbare methoden voor geboorteregeling (zie Hoofdstuk III.2.2.4.).

Soms heeft een ingreep op zich geen therapeutisch, maar verminkend effect, terwijl er feitelijk sprake is van een gedragsprobleem. Dit doet zich voor bij bariatrische chirurgie ("maagbandje of maagverkleining") ter behandeling van adipositas (overgewicht). Het is weliswaar een effectieve behandeling, maar niet zonder risico's. Zou de adipositas het gevolg zijn van een darmafwijking die door middel van een chirurgische ingreep kon worden verholpen, dan zou een sprake zijn van een therapeutische ingreep en kunnen de risico's ervan worden afgewogen tegen de risico's van de adipositas als zodanig. Ook als er een hormonale of medicamenteuze oorzaak van de adipositas is, die niet met verandering van gedrag gecorrigeerd kan worden, is een chirurgische ingreep te rechtvaardigen. Bij meer psychische oorzaken van adipositas ligt het voor de hand het onderhavige probleem bij voorkeur op te lossen via verandering van het gedrag, namelijk een behandeling van de eetverslaving. Pas als deze aanpak onwerkzaam blijkt te zijn, kan aan een chirurgische ingreep worden gedacht.

Cosmetische chirurgie kan een therapeutisch doel dienen. Uiterlijke verschijning is belangrijk in het sociale leven, bij het aangaan van relaties en voor de seksuele aantrekkingskracht. De mens heeft de plicht zorg te dragen voor zijn uiterlijke verschijning. Wanneer er ernstige defecten zijn, zoals aangeboren defecten als een lip-gehemeltespleet of verworven defecten zoals ernstige brandwonden, zal worden geprobeerd met cosmetische chirurgie het uiterlijk zoveel mogelijk te normaliseren of te herstellen. Dit ligt anders, wanneer de ingreep uitsluitend bedoeld is om het uiterlijk te verbeteren, terwijl er van objectieve aandoeningen of afwijkingen geen sprake is, alleen omdat men er ontevreden over is, er seksueel nog aantrekkelijker uit wil zien of natuurlijke verschijnselen van veroudering wil wegnemen. Dit is bijvoorbeeld het geval bij facelifts, borstvergrotingsoperaties en liposuctie. Vaak spelen minderwaardigheidsgevoelens hierbij een rol. Dit zijn echter psychische problemen, die men niet met chirurgisch ingrijpen kan verhelpen. Het gaat hier niet om ingrepen die zijn te rechtvaardigen op basis van het therapeutisch principe (zie Hoofdstuk I.2.2.3.). Het ingrijpen in het lichaam als zodanig, de kosten en de risico's kunnen hier niet afgewogen tegen een eventueel therapeutisch effect. Ook al zijn mensen bereid zelf de kosten te dragen voor cosmetische ingrepen, zodat niet de maatschappij ervoor opdraait, dan wil dat nog zeggen dat deze ingrepen gerechtvaardigd zijn. Het problematische hierbij is namelijk, dat cosmetische ingrepen, verricht louter om het uiterlijk te verfraaien als doel in zichzelf, impliceren dat het lichaam wordt geïnstrumentaliseerd, hetgeen op intrinsieke ethische bezwaren stuit (zie Hoofdstuk I.2.2.1.). Er gaat bovendien de suggestie van uit dat de waarde van de mens gelegen zou zijn in zijn uiterlijk. De mens heeft een intrinsieke waardigheid die niet bepaald wordt door zijn uiterlijk. De waardigheid van de mens ligt niet in zijn uiterlijk voorkomen, maar vooral in zijn morele karaktereigenschappen specifiek tot expressie.

V. Inleiding

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

De grenzen aan ingrepen in de biologische structuur van de mens

Het grootste deel van de medische behandelingen wordt uitgevoerd naar aanleiding van de aanwezigheid van een ziekte of aandoening, het vermoeden ervan of ter preventie ervan. In een veel kleiner aantal gevallen zijn medicamenteuze of heelkundige ingrepen aan het lichaam echter niet gericht op het bestrijden van een ziekte, maar op verbetering van het functioneren of de uiterlijke verschijning van het lichaam van een overigens gezond individu. Dit is het geval bij cosmetische chirurgie bij mensen met een normaal uiterlijk (V.1.). Bij medicamenteuze en operatieve geslachtsverandering gaat het om ingrepen aan het lichaam als behandeling van een psychisch probleem (onvrede met het lichamelijk geslacht) (V.2.). Tevens ziet het ernaar uit dat in de toekomst ook bij gezonde mensen capaciteiten kunnen worden verbeterd door genmodificatie van lichaamscellen (V.3.1.) en door het inbrengen van brain-computer interfaces en neuroprotheses in de hersenen (V.3.2.). De verbetering van menselijke lichaamsfuncties en capaciteiten vindt nu al op vrij grote schaal plaats in de vorm van doping en bodybuilding (V.3.3.).

VII.1 De organisatie van de gezondheidszorg

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

1.1 Het garanderen van gelijke toegang tot gezondheidszorg

De juridische antwoorden op de vraag of er een recht op gezondheidszorg bestaat, wie er gebruik van mag maken, onder welke voorwaarden en in welke mate, verschillen van land tot land. In de Verenigde Staten geldt het “no-duty-to-treat”-beginsel. Het rechtssysteem van de VS kent geen federaal grondwettelijk of wettelijk recht op redding of zelfs noodredding. Wettelijk is er geen recht op gezondheidszorg voor Amerikanen. Dit is echter getemperd door Civil Right Acts en door de Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) die in 1986 werd aangenomen. In veel landen is een dergelijk recht echter grondwettelijk vastgelegd (bv. De Franse grondwet van 1946) of wordt het vermeld in wetten die betrekking hebben op de gezondheidszorg (zoals de grondwet van de NHS in het Verenigd Koninkrijk). In de meeste Europese landen is het onwettig om een medemens in nood niet te redden of in de steek te laten en riskeert een arts die dat wel doet niet alleen disciplinaire maatregelen van zijn beroepsraad, maar ook strafrechtelijke vervolging.

In Nederland is er op het gebied van de gezondheidszorg veel wetgeving. De oudste wet op dit gebied uit 1865 was bedoeld om niet zomaar iedereen geneeskundige handelingen te laten uitvoeren. Deze is inmiddels vervangen door de wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg. Deze wet laat iedereen de mogelijkheid om geneeskunde te bedrijven, behoudens een lijst van met name genoemde voorbehouden handelingen. Daarnaast regelt de wet slechts vereisten voor het recht om de titel die het beroep aanduidt (bijv. arts) te voeren. De Wet Geneeskundige behandelovereenkomst regelt de rechten van de patiënt en geeft aan de arts een aantal plichten.

Daarnaast werd de toegang tot de gezondheidszorg voor bredere lagen van de bevolking in financieel opzicht mogelijk door de oprichting van ziekenfondsen in de 19e eeuw. In 1941 werd de verplichte

ziekenfondsverzekering wettelijk geregeld door het Ziekenfondsbesluit gevolgd door de Ziekenfondswet in 1964. Daarvóór was wel in 1914 al de Ziektewet in werking getreden als bescherming tegen loonderving bij ziekte. Voor de Ziekenfondswet die de verplichte ziekenfondsverzekering tot een bepaalde inkomensgrens regelde kwam in 2006 de Zorgverzekeringswet in de plaats, die een voor iedereen verplichte basisverzekering tegen ziektekosten regelt. De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ 1967), in 2014 vervangen door de Wet langdurige zorg (Wlz), werd ingesteld om moeilijk verzekerbare kosten door ziekte via een collectieve volksverzekering, met solidariteit als basis, te kunnen financieren. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV 1971) en de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG 1980) die vervangen werd door de Wet Marktordening Gezondheidszorg (2006), de Wet Voorzieningen Gehandicapten (WVG 1993), de Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996) en de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO 2007) geven een aantal wettelijke regelingen betreffende voorzieningen in de Gezondheidszorg. Al deze Nederlandse wetten – en de opsomming is niet volledig – hebben betrekking op het burgerlijk recht, dat overeenkomsten, afspraken, regelingen en verplichtingen tussen burgers regelt en beogen alle burgers een betaalbare toegang tot basisgezondheidszorg te garanderen.

Maar ook met de inhoudelijke kant van de zorg is de wetgeving zich gaan bezighouden. Dat is in zekere zin gebeurd in de wet BIG, en ook in de Embryowet (2002), maar veel treffender in twee wijzigingen in de strafwet: de Wet afbreking zwangerschap en de Wet toetsing levensbeëindigend handelen en hulp bij zelfdoding. Hier werden handelingen overeenkomend met het feit dat ze intrinsiek ongeoorloofd zijn (zie Hoofdstuk I.2.2.2.), altijd door strafwetgeving waren veroordeeld, van strafvervolgning ontheven onder bepaalde voorwaarden. De strafwet heeft betrekking op handelingen en gedragingen die, wegens hun schadelijkheid voor de gemeenschap, uit naam van die gemeenschap bestraft worden.

Omdat wij in een samenleving verantwoordelijkheid dragen voor elkaar (vgl. het socialiteits- en subsidiariteitsbeginsel, (hoofdstuk I.2.2.5,), is de verantwoordelijkheid om zorg te verlenen aan medemensen een plicht die gebaseerd is op rechtvaardigheid en op het christelijk gebod van naastenliefde. Het doel van deze zorg is het welzijn van de medemens, dat een intrinsiek goed is. In de seculiere samenleving is het doel beperkt tot het persoonlijk welzijn in lichamelijke en geestelijke zin. Deze laatste opvatting van welzijn dreigt, bij gebrek aan een objectieve betekenis, vereenzelvigd te worden met ieders persoonlijke en directe verlangens. Zo krijgt het idee dat de “klant koning is” gemakkelijk voet aan de grond, ook in de gezondheidszorg. De moeilijkheid om welzijn te definiëren houdt verband met de vraag of de waardigheid van de mens en zijn leven een universele betekenis hebben of dat het om een zuiver subjectieve aangelegenheid gaat die ieder voor zich bepaalt (zie hoofdstuk VI).

Vanuit het garanderen van het algemene welzijn is het de plicht van de overheid erop toe te zien dat het recht van eenieder op medische verzorging wordt geëerbiedigd door gelijke toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen. De toewijzing van de beschikbare middelen voor medische behandelingen hangt nauw samen met de financiering van de gezondheidszorg. Dit laatste heeft voortdurende aandacht nodig omdat de gezondheidszorg zonder regulatie ongeremd dreigt te blijven groeien en mede daardoor ervaart dat er een tekort aan middelen voor de gezondheidszorg is.

Eén van de grondbeginselen van de sociale leer van de katholieke kerk is de universele bestemming van de goederen in deze wereld. Het houdt in dat de Schepper het geheel van de goederen van deze wereld heeft bestemd voor de mensheid als geheel en niet slechts voor individuen. De mens is geen eigenaar, maar rentmeester van de schepping. Het recht op privé-eigendom wordt niet verworpen, maar is niet absoluut (zie hoofdstuk I.2.2.5.). De Staat heeft het recht grondgebied te onteigenen voor de aanleg van autowegen, spoorwegen en industrieterreinen tegen een redelijke vergoeding, indien dit noodzakelijk is voor het algemeen

welzijn. Evenzo heeft de staat het recht burgers te verplichten bij te dragen aan de gezondheidszorg, ook als zij die zelf niet onmiddellijk nodig hebben. Dit betekent niet dat er helemaal geen plaats is voor privé-eigendom, want het is een middel om een goed beheer van de schepping te garanderen. Zonder privé-eigendom zou het rentmeesterschap niet goed gerealiseerd kunnen worden, zoals blijkt uit de communistische collectivistische landbouwbedrijven in het verleden, waarin geen privé-eigendom werd erkend en dus uiteindelijk niemand zich verantwoordelijk voelde voor de productie van voedsel, waardoor de opbrengst meestal laag was. Privé-eigendom kan echter alleen gerechtvaardigd worden vanuit een sociaal perspectief. Uit het beginsel van de universele bestemming van de goederen in deze wereld volgt dat alle dingen die een individu bezit, op de een of andere manier ook de gemeenschap ten goede moeten komen.

Vanuit het oogpunt van het algemeen welzijn en de universele bestemming van de goederen in deze wereld moet ieder lid van de samenleving gelijke toegang hebben tot gezondheidszorg. Het beginsel is duidelijk, maar de uitvoering ervan is een behoorlijke uitdaging. Door de snel stijgende kosten van de gezondheidszorg wordt het steeds moeilijker om gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Deze ontwikkeling is te wijten aan verschillende factoren :

1. In hoog tempo worden nieuwe medische technieken en therapieën, die zeer doeltreffend kunnen zijn, uitgevonden en ingevoerd. Mensen willen vrijwel allemaal dat deze worden toegepast wanneer dat nodig is om het leven te redden of gezondheid te herstellen. Nieuwe medische technieken en therapieën zijn echter nogal kostbaar, vooral wanneer ze pas ontdekt zijn. De invoering ervan is onmogelijk zonder de kosten van de gezondheidszorg te verhogen.
2. In de tijd van economische voorspoed in de jaren zeventig probeerden veel staten in West-Europa zoveel mogelijk behandelingen aan te bieden tegen lage kosten of zelfs zonder kosten voor het individu. Gaandeweg zijn de kosten van de gezondheidszorg een steeds groter deel van de collectieve uitgaven uit gaan maken, dusdanig dat in periodes van economische recessie overheden gedwongen werden ook op zorguitgaven te besparen.
3. De stijgende kosten van de gezondheidszorg in de westerse wereld zijn ook het gevolg van demografische veranderingen, met name van de algemene vergrijzing van de bevolking. Terwijl de gemiddelde levensverwachting is gestegen en nog steeds stijgt, is het geboortecijfer sinds het begin van de jaren zestig gedaald door o.a. het veelvuldig gebruik van voorbehoedsmiddelen. Bijgevolg moet een krimpend, werkend deel van de bevolking de financiële middelen verdienen voor een groeiend aantal ouderen. Bovendien lijden ouderen steeds vaker aan chronische en degeneratieve ziekten. Dit maakt het steeds moeilijker om voldoende financiële middelen te vinden die gelijke tred houden met de groeiende behoefte aan gezondheidszorg voor ouderen en zieken.
4. Een zeer belangrijke factor is het algemene gebrek aan tolerantie voor elk lichamelijk of psychisch ongemak, waardoor mensen geneigd zijn medische hulp in te roepen, zelfs voor relatief onbeduidende problemen.

Sommige van de opgesomde factoren zijn (althans voor een groot deel) te wijten aan ontwikkelingen die ons overkomen. De stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg is echter ook te wijten aan beslissingen en attitudes waarvoor de mensen zelf verantwoordelijk zijn :

1. Velen koesteren onrealistische verwachtingen over wat de moderne gezondheidszorg kan bereiken en houden vast aan een consumptieve en hedonistische opvatting van gezondheidszorg, waardoor zij geneigd zijn behandelingen en ingrepen te eisen die niet nodig zijn om de gezondheid te herstellen.
2. Er is een gebrek aan verantwoordelijkheid voor de uitgaven in de gezondheidszorg: de persoon die een behandeling voorschrijft, de persoon die deze ontvangt en de instantie die deze betaalt, staan los van elkaar. De arts en de persoon zijn ofwel niet op de hoogte van de kosten van de behandeling, hetgeen wel het geval zou moeten zijn, ofwel zij zijn niet geïnteresseerd in de kosten. Bij het toezicht op de uitgaven voor gezondheidszorg hebben de arts en de patiënt een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid. Dit is vooral een probleem wanneer het gezondheidszorgsysteem gratis behandelingen aanbiedt.
3. Stijgende kosten zijn – althans in een deel van de gevallen – ook te wijten aan moreel verwerpelijke gewoonten, zoals overmatig alcoholgebruik, drugsmisbruik of onverantwoord seksueel gedrag.
4. Ook middelen of ingrepen waartegen morele bezwaren bestaan en die kosteloos worden aangeboden, drukken op het budget van de gezondheidszorg, zoals abortus, voorbehoedsmiddelen, kunstmatige voortplantingstechnieken en geslachtsverandering.

Uit de opsomming van de verschillende factoren die een rol spelen bij de stijging van de zorguitgaven volgt tot op zekere hoogte waar met aandacht aan moet besteden om gelijke toegang tot de zorg te garanderen. Dit betreft de wijze van financiering van de gezondheidszorg (zie Hoofdstuk VII.1.1.1.) en de beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg via het vrijemarktmechanisme tezamen met het kwaliteitsdenken en kwaliteitscontrole (Hoofdstuk VII.1.1.2.). Het vereist het verstrekken van de nodige informatie aan patiënten en medisch personeel om hen bewust te maken van de kosten van behandelingen en ingrepen en hun verantwoordelijkheid voor het bewaken van de uitgaven voor gezondheidszorg. Bovendien is het belangrijk om mensen voor te lichten over het vermijden van consumentengedrag bij het inroepen van medische zorg. Verder moet men vermijden om de kosten van moreel verwerpelijke behandelingen en ingrepen te vergoeden (Hoofdstuk VII.1.1.3.).

1.1.1 De verschillende financieringssystemen voor de gezondheidszorg

Om iedereen gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen is een universeel financieringssysteem voor de gezondheidszorg nodig. Het is duidelijk dat de gezondheidszorg zo duur is geworden dat individuele mensen zich de kosten ervan niet kunnen veroorloven als zij ingewikkelde behandelingen en chirurgische ingrepen moeten ondergaan. Een dergelijk financieringssysteem moet worden bepaald door het algemeen (gemeenschappelijk) welzijn, waarin allen hun aandeel moeten hebben, de beginselen van de universele bestemming van de goederen in deze wereld en door de principes van socialiteit en subsidiariteit (Hoofdstuk I.2.5.2.). Een universeel financieringssysteem van de gezondheidszorg kan worden gerealiseerd door mensen te laten delen in de kosten ervan door belasting te betalen of door ziektekostenverzekeringen.

Het Verenigd Koninkrijk was het eerste land dat in de jaren na de Tweede Wereldoorlog een volledige, uit belastinggelden gefinancierde National Health Service invoerde. Italië volgde dit voorbeeld in 1978 met de invoering van de Servizio Sanitario Nazionale, ook vrijwel volledig gefinancierd met belastinggeld.

De gezondheidszorg kan ook worden gefinancierd door middel van een verzekering die de basiszorg dekt waarop elk individu recht heeft. Het kan gaan om een geheel of gedeeltelijk verplichte verzekering, die in sommige landen (gedeeltelijk) door de werkgever wordt betaald. In andere landen is de basiszorgverzekering verplicht voor alle of voor bepaalde groepen van de samenleving. Dit is te legitimeren op basis van het socialiteits- en het subsidiariteitsbeginsel (hoofdstuk 1.2.2.5.): op basis daarvan heeft de overheid het recht om belastingen te heffen of mensen te verplichten een ziektekostenverzekering te hebben, zeker als het gaat om basiszorg.

Een universeel stelsel van financiering van de gezondheidszorg, hoewel geschikt om gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen, houdt het risico in dat de staat alle verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg op zich neemt en weinig ruimte laat voor verantwoordelijkheid en initiatief bij de zieken, de familieleden, de artsen, het verplegend personeel en de zorginstellingen. Dit gebeurde vooral in de verzorgingsstaten die tot de jaren negentig in West-Europa bestonden. Een dergelijke ontwikkeling kan ertoe leiden dat de waardevolle bijdragen van individuen, groepen en instellingen verloren gaan en dat het apparaat van de overheid en haar bureaucratie te sterk groeit (zie Hoofdstuk 1.2.2.5). Dit is in strijd met het subsidiariteitsbeginsel, dat vereist dat regeringen individuen en diverse instanties in staat stellen zelf initiatieven te nemen, voor zover dit binnen hun bevoegdheid ligt.

De Verenigde Staten, sommige Latijns-Amerikaanse, alle Afrikaanse en sommige Aziatische landen (bv. China) hebben geen universeel systeem voor de financiering van de gezondheidszorg. In de Verenigde Staten zijn hervormingen van de gezondheidszorg gepoogd door te voeren: de Patient Protection and Affordable Care Act van 2010 ("Obama Care"; "PPACA"; Public Law 111-148). Na invoering zou deze wet alle legale inwoners een bijna volledige dekking bieden. De Republikeinen die fel tegen deze wet waren en met man en macht probeerden te invoering van de wet tijdens het presidentschap van Barak Obama te verhinderen, verzwakten onder president Donald Trump de wet door de boete op het niet afsluiten van een verzekering te verlagen naar \$ 0,00.

Onderdeel van de PPACA is het uitbreiden van Medicaid en Medicare programma's in de Verenigde Staten, welke voorzien in medische zorg voor respectievelijk mensen met een laag inkomen en mensen boven de 65 en gehandicapten. Beide werden al langer door de overheid gefinancierd en samen dekken zij ongeveer 25% van de bevolking. Veel mensen hebben een verzekering die gedekt wordt door hun werkgever of zijn particulier verzekerd, maar ongeveer 15% heeft geen voorziening (cijfers van 2006, bron U.S. Census Bureau).

De PPACA wordt voorgesteld als een plan dat voorziet in gezondheidszorg voor iedereen, maar dit gebeurt niet door belastingbetaling zoals in het Verenigd Koninkrijk of een verplichte algemene verzekering zoals in Zweden en Nederland. In al deze landen zijn reeds bestaande aandoeningen geen reden voor weigering van aanvragers door zorgverzekeraars. In het verleden was afwijzing mogelijk, maar onder de PPACA moeten er op staatsniveau en op federaal niveau verzekeringsprogramma's voor reeds bestaande aandoeningen (PICP) komen. De hervorming wordt bewerkstelligd door geleidelijk een aantal hervormingen door te voeren om te komen tot een vrijwel volledige dekking van de ziektekosten van alle legale inwoners. Een van deze pakketten zijn de PCIP's. Er zijn ook de "prescription drug coverage gap" voor Medicare-gebruikers, en kortingsregelingen voor geneesmiddelen op recept. PPACA omvat onder meer een uitgebreide dekking voor jonge volwassenen en vervroegd gepensioneerden en afschaffing van levenslange beperkingen op de dekking. De financiering blijft gebaseerd op verzekeringspremies en overheidsfinanciering. In de Verenigde Staten is het debat over de ziektekostenverzekering voor alle burgers nog niet ten einde, maar de Affordable Care Act is wet geworden.

In Nederland was vóór de invoering van de verplichte ziektekostenverzekering bij de ziekenfondsen voor

mensen met een laag inkomen in 1941 het betalen voor gezondheidszorg een zaak van persoonlijke afspraak en overeenkomst. Het betalen voor en het zich verzekeren tegen onbetaalbare kosten van de eigen gezondheidszorg was ook een zaak van persoonlijke verantwoordelijkheid. Inmiddels is na ruim 70 jaar een verplichte basisverzekering voor iedereen ingevoerd in het zorgstelsel, die in feite elke noodzakelijke behandeling dekt. De inhoud van de basisverzekering wordt vastgesteld bij Algemene maatregel van bestuur. Men kan weliswaar kiezen tussen premies die per jaar enkele tientallen euro's uiteenlopen, maar de verzekering is verplicht. Men kan zich daarnaast vrijwillig aanvullend verzekeren. Een keerzijde van dergelijke regelingen is dat de burger er niet door gestimuleerd wordt om eigen verantwoordelijkheid te nemen voor zijn gezondheid en de kosten die daarmee gemoeid kunnen zijn. Aan de andere kant wordt veel arbeid en geld gestoken in het bewust maken van de burger van zijn verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid – die hij ongetwijfeld als eerste draagt (zie het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid, Hoofdstuk I.2.2.4.) – door onder meer promotie van een gezonde levensstijl, goede voeding en het voorkomen van overgewicht. Voor mensen met een gering inkomen zijn de kosten van ziekenhuisopname, chirurgische en vele andere behandelingen zo hoog dat een collectieve verzekering hiervoor onontkoombaar was. De andere kant van de zaak is dat de verzekerden daaraan soms het recht op elke denkbare zorg menen te kunnen ontleen.

1.1.2 Beheersing van de uitgaven voor gezondheidszorg via het marktmechanisme, het kwaliteitsdenken en de toewijzing van middelen

Als gevolg van de genoemde factoren (Hoofdstuk VII.1.1.) stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg zeer snel en onevenredig in vergelijking met de uitgaven voor andere doeleinden, zoals onderwijs. In 2021 bedroegen de uitgaven voor de zorg circa 125 miljard euro. Daaronder is alles begrepen, ook jeugdzorg (inclusief kinderopvang), ouderenzorg en sportgeneeskunde. Staats- en federale overheden in veel westerse staten zoeken daarom naar manieren om de uitgaven voor gezondheidszorg niet boven een redelijk niveau te laten stijgen. Daarbij kiezen regeringen er doorgaans voor zich gedeeltelijk terug te trekken uit een te directe betrokkenheid bij het aanbieden van gezondheidszorg en de financiering van de gezondheidszorg over te laten aan het mechanisme van de vrije markt. Het idee is dat zorginstellingen met elkaar gaan concurreren en daardoor de best mogelijke zorg voor de laagste prijs wordt aangeboden. Men hoopt dat zo de zorguitgaven in de hand kunnen worden gehouden. De tendens om de markt als leidend beginsel te beschouwen vloeit voort uit het neoliberalisme, de dominante politieke stroming in de westerse samenlevingen vanaf de jaren negentig.

Om te weten wat de beste gezondheidszorg tegen de laagst mogelijke kosten is, waren criteria nodig om de kwaliteit van medische behandelingen vast te stellen. In de afgelopen 25 jaar heeft het zogenaamde kwaliteitsmanagement een plaats verworven in de gezondheidszorg. Het bewaken van de optimale kwaliteit van de zorg door deskundigen (de professionals dus), inclusief sancties als de zorg niet aan de norm voldoet, is een aanvulling op de verantwoordelijkheid van iedere zorgverlener om de best mogelijke zorg te leveren. De overheid heeft in dit proces een controlerende taak en dient de opleiding en de toelating van professionals tot zorgfuncties te reguleren en te faciliteren door het vaststellen van wet- en regelgeving.

Zowel de termen “markteffect” als “kwaliteitsdenken” zijn overgenomen uit het bedrijfsleven en worden in veel discussies over het management van de gezondheidszorg gebruikt. De termen betreffen enerzijds de schaarste van de voor de gezondheidszorg beschikbare middelen en anderzijds het feit dat in veel landen is gekozen voor een voor iedereen toegankelijk universeel zorgstelsel waarbij de kosten niet zijn gebaseerd op iemands draagkracht. De uitgangspunten voor een dergelijk universeel stelsel zijn billijkheid, redelijkheid,

doeltreffendheid en doelmatigheid. Gelijkheid kan worden gedefinieerd als gelijkheid in (de doelen van) de gezondheidszorg, gelijkheid in de toepassing van zorgmiddelen naar persoonlijke behoeften, en gelijkheid in de toegang tot de zorg .

Een van de redenen voor de invoering van systemen van “beheerde zorg” zoals het systeem van diagnosegerelateerde groepen (DRG’s) was het transparant maken van de gezondheidszorg. Het doel was een voorspelbare relatie te creëren tussen de zorgvraag (uitgedrukt in de diagnose) en de diagnostische en therapeutische ingrepen die nodig zijn om aan die vraag te voldoen. In de Verenigde Staten werden de DRG’s vooral ingevoerd om de stijgende kosten van Medicare binnen de perken te houden. Het is een prospectief betalingssysteem waarbij de prijs die voor een behandeling wordt betaald, wordt bepaald door de diagnose. De behandeling bestaat uit elementen die volgens “state of the art” professionele normen worden bepaald.

In landen waar de gezondheidszorg volledig door de staat wordt betaald, zoals het Verenigd Koninkrijk of Zweden, is gebleken dat de stijging van de kosten zeer moeilijk te beheersen is. Hetzelfde geldt voor landen met een verplichte ziektekostenverzekering voor alle burgers (bijvoorbeeld Nederland).

Zowel transparantie als het vermijden van onnodige kosten zijn op zich goed. Economische concurrentie wordt door de katholieke sociale leer op zich niet afgewezen, maar men moet een verafgoding van de vrije markt vermijden, waartegen de heilige Johannes Paulus II in zijn encycliek *Centesimus Annus* waarschuwde. Het gevaar van overschatting van de waarde van de vrije markt in de gezondheidszorg is dat niet de mens en zijn gezondheid de centrale waarden van de gezondheidszorg zijn, maar de economische belangen. Zoals hierboven in dit hoofdstuk is gezegd, is gelijke toegang tot gezondheidszorg een vereiste dat voortvloeit uit het beginsel van het algemeen welzijn. Dit betekent dat gezondheid een goed is dat noodzakelijk is voor de ontwikkeling van de mens als zodanig en niet een product of handelswaar, dat in een eenzijdige economische benadering gemakkelijk over het hoofd wordt gezien.

Hier vinden we een nieuwe grens aan de markt: er zijn collectieve en kwalitatieve behoeften die niet door marktmechanismen kunnen worden bevredigd. Er zijn belangrijke menselijke behoeften die aan de logica van de markt ontsnappen. Er zijn goederen die door hun aard niet gekocht of verkocht kunnen en mogen worden. Zeker, de mechanismen van de markt bieden zekere voordelen: zij dragen bij tot een beter gebruik van de middelen; zij bevorderen de uitwisseling van producten; bovenal geven zij een centrale plaats aan de verlangens en voorkeuren van de persoon, die in een contract de verlangens en voorkeuren van een ander persoon ontmoeten. Toch houden deze mechanismen het risico in van een overschatting van de marktwerking, een overschatting die voorbijgaat aan het bestaan van goederen die door hun aard niet louter goederen zijn en kunnen zijn.

Het “business-model”, het model dat de gezondheidszorg als geheel of de zorginstellingen beschouwt als vergelijkbaar met een reparatiewerkplaats van voorwerpen tegen een concurrerende prijs, is derhalve een onjuist model. Het object van de gezondheidszorg is de mens, het welzijn van de mens, niet een zakelijk object. Het bedrijfsmodel doet onvoldoende recht aan de waardigheid van de mens. Om te voorkomen dat de financiering van de gezondheidszorg volledig aan de vrije markt wordt overgelaten, moeten de staats- en federale overheden er rechtstreeks bij betrokken blijven via wettelijke bepalingen of door bepaalde vormen van gezondheidszorg aan te vullen die anders niet gedekt zouden zijn, en dit in overeenstemming met de beginselen van socialiteit en subsidiariteit (hoofdstuk 1.2.2.5).

In het vrije-marktmodel wil de overheid ook niet dat de kwaliteit van de gezondheidszorg onder het marktregime lijdt. Een goed doordacht systeem van kwaliteitscontrole moet voorkomen dat de kwaliteit achteruitgaat. De bestaande wetgeving inzake kwaliteitsbewaking regelt echter vooral de procedures voor het

melden van incidenten en een systeem van registratie van de incidenten. Het kwaliteitsdenken heeft echter wel zijn weg gevonden naar vele andere domeinen dan de gezondheidszorg. Tegenwoordig heeft elke bedrijfstak zijn eigen kwaliteitssysteem en certificering, ook de gezondheidszorg. Maar het kwaliteitssysteem beperkt zich in veel gevallen tot de vraag of de procedures al dan niet in overeenstemming zijn met de eerder vastgestelde richtlijnen, met name omdat het beoordelen van kwaliteit op basis van uitkomsten moeilijk blijkt. De gedachte dat een optimale gezondheidszorg kan worden bereikt door het opstellen van protocollen voor alle handelingen in alle omstandigheden of door het bewaken van uitkomsten (bijvoorbeeld genezing of overleving) is een extreem gevolg van een positivistische houding die het werkelijke doel uit het oog verliest: het welzijn van de zieke. Het hoofddoel van de gezondheidszorg is de mens, en het is dit doel, het welzijn van de mens (Hoofdstuk VI.1.1), dat de moet bepalen hoe de zorg wordt uitgevoerd en wat de uitkomst is: zowel het aardse als hemelse einddoel, welzijn en heil van de patiënt, als de manier waarop dit wordt bereikt (zie Hfst I.4) zijn belangrijk. Welzijn is in termen van genezing, overleving of fysiek functioneren nog wel te meten; of de zorg met een goede attitude is uitgevoerd is veel lastiger te bepalen. Het bewaken van kwaliteit is vanuit de katholieke zorgvisie dus veel ingewikkelder dan vanuit economisch perspectief. Uit vele onderzoeken blijkt bovendien dat de zorg die de patiënt kwalitatief goed vindt, met name die zorg is waarin hij zelf persoonlijke een behandeling krijgt. Anders gezegd, een behandeling wordt kwalitatief goed bevonden als de zorgverlener er in de eerste plaats is om de patiënt zo goed mogelijk bij te staan. (ref)

1.1.3 Allocatie van beschikbare middelen en schaarste

Tijdens de COVID-19 pandemie van 2020-2022 werd duidelijk dat de gezondheidszorg niet zondermeer in alle behoeften kan voorzien. Er ontstond schaarste aan zowel middelen (persoonlijke beschermingsmiddelen zoals mondkapjes) als capaciteit om mensen op te nemen in een ziekenhuis of op een intensive care. Toen het aantal opgenomen mensen met COVID-19 in de ziekenhuizen op zijn retour bleek, bleken de ziekenhuisbehandelingen van vele andere mensen te zijn uitgesteld, soms met onherstelbare schade op de lange termijn, omdat het personeel tijdens de pieken van de pandemie grotendeels werd ingezet voor de zorg van COVID-19 patiënten. De pandemie en alle in die tijd gevoerde discussies maakten duidelijk dat er ernstige schaarste aan zowel gezondheidsmiddelen als gezondheidszorgpersoneel kan ontstaan en dat er geen duidelijke visie is hoe de schaarse mogelijkheden moeten worden verdeeld.

Hoe er in een dergelijke situatie rechtvaardig met de beschikbare middelen zou moeten worden omgesprongen was in Nederland al in 2012 bekeken door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De opstellers van dit advies sommen een aantal overwegingen op, maar komen uiteindelijk niet tot een éénduidige handreiking hoe de middelen verdeeld zouden moeten worden. De signalering eindigt met “procedurele transparantie”, een advies dat men transparant moet zijn over de procedures die uiteindelijk tot keuzes zullen leiden. In 2023 werd opnieuw een poging gedaan morele uitgangspunten te formuleren voor rechtvaardige verdeling van schaarse gezondheidszorgmiddelen. De principes die in deze verkenning worden genoemd en tegen elkaar moeten worden afgewogen zijn 1) Verdelerde rechtvaardigheid, waaronder gezondheidswinst, behoefte en gelijkwaardigheid; 2) Gelijkwaardigheid; 3) Behoefte, waaronder sociale rechtvaardigheid, ziekte-ernst en leeftijd.

Een aantal genoemde principes kunnen wel vanuit de Sociale Leer van de Kerk worden becommentarieerd.

Het ligt voor de hand behandelingen waarvan de effectiviteit bewezen is te verkiezen boven behandelingen waarvan deze niet is vastgesteld. De stroming in de geneeskunde die aan het einde van de 20e eeuw op gang

kwam, Evidence Based Medicine (EBM), heeft ervoor gezorgd dat bepaalde behandelingen werden afgeschaft, omdat deze in wetenschappelijk onderzoek niet nuttig bleken te zijn. Wat ook bleek, is dat een redelijk aan behandelingen niet op effectiviteit is onderzocht. EBM kan dus bij een keuze helpen, maar in veel situaties in de geneeskunde, zijn voor bepaalde aandoeningen, bepaalde stadia van aandoeningen of bepaalde doelgroepen geen resultaten van wetenschappelijk onderzoek beschikbaar. Wanneer dat wel zo is, bewijst het nalaten van niet effectieve behandelingen zeker een dienst aan het algemeen welzijn (geen verkwisting van middelen). Als de middelen beperkt zijn dan zal de verstrekking van de meest noodzakelijke behandelingen zeker gesteld moeten worden, met voorrang op de minder urgente.

Een andere vraag die zich opdroeg was of behandelingen bij bepaalde groepen wel of niet zou moeten worden uitgevoerd. De discussie ging er met name om welke groepen wel in het ziekenhuis en de IC zouden moeten worden opgenomen en welke niet. De laatste groepen zouden dan mensen zijn die minder winst van een ziekenhuisopname te verwachten hadden of “minder recht” op een behandeling dan anderen. Dit punt kan benaderd worden vanuit zowel proportionaliteit als utiliteit: het kan zo zijn dat een behandeling voor een individuele persoon weinig winst oplevert t.o.v. de inzet die de behandeling op zichzelf vergt. Het individu zou dan onder het principe van proportionaliteit (Hoofdstuk xxx) af kunnen zien van deze behandeling. Een andere benadering is die vanuit utiliteit: de ene zieke heeft mogelijk meer winst van een IC-opname, b.v. in levensjaren, dan een andere patiënt. Ook kan het zo zijn dat oudere mensen of mensen met meer comorbiditeit een langere IC-opname nodig hebben en daardoor als het ware meer schaarste aan anderen opleggen. Een ander argument dat aangevoerd werd is het “fair innings” principe: dit gaat ervan uit dat ouderen al meer jaren hebben gehad en daardoor minder recht hebben op een schaarse behandeling dan jongeren.

De Duitse bisschoppenconferentie waarschuwde tijdens de COVID-19 pandemie tegen een aantal selectiecriteria voor de verdeling van schaarse behandelingen. De Duitse bisschoppen wijzen allereerst wel op dat niemand verplicht kan worden het onmogelijk te doen en hebben dus ook wel begrip voor het feit dat er in bepaalde situaties keuzes gemaakt moeten worden. Ze waarschuwen tegen een sterk utilitaristische benadering waarbij het gaat om het bereiken van de “grootste hoeveelheid geluk voor het grootste aantal mensen”. Ze keren zich nadrukkelijk tegen selectie o.b.v. leeftijd, geslacht, economisch aspecten zoals “betekenis voor de maatschappij”. Tot duidelijke criteria komt de bisschoppenconferentie ook niet: men keert zich tegen beslissingsalgoritmes en komt uit bij de prudente afweging van de arts.

Een ander probleem van schaarste deed zich later voor bij de verdeling van de beperkte beschikbare vaccins tegen SARS-CoV-2. In de praktijk hadden de rijkere landen de beschikking over veel geode vaccins, omdat ze de financiële middelen hadden hiervoor veel geld te betalen. Het aantal beschikbare vaccins voor armere landen was veel beperkter. De COVID-19 commissie van het Vaticaan drong derhalve in 2020 verwijzend naar de Sociale Leer van de Rooms-katholieke Kerk publiekelijk aan op eerlijke verdeling van de vaccins.

Een bijzonder probleem van schaarste doet zich voor bij de allocatie van organen voor transplantatie. Hoe hiermee om moet worden gegaan is beschreven in Hoofdstuk 3.2.4.

1.1.4 Bijdragen aan moreel verwerpelijke middelen en ingrepen onder dwang van verzekeringen en belastingen

In veel landen worden mensen gedwongen zich te verzekeren voor de kosten van ingrepen die zij op morele gronden afwijzen, zoals anticonceptie, kunstmatige voortplanting, abortus en geslachtsveranderende operaties,

of worden zij gedwongen daaraan bij te dragen door belasting te betalen. Dit geldt voor de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) in de Verenigde Staten en de basisverzekering in Nederland. In Nederland werd op voorstel van de Kamerleden Rouvoet en Van der Vlies een amendement op de Zorgverzekeringswet goedgekeurd, waardoor in artikel 11, lid 5 is opgenomen dat geringe afwijkingen van het basispakket vanwege ethische of levensbeschouwelijke redenen buiten de dekking van een zorgverzekering kunnen blijven. De Nederlandse Pro Life-verzekering, die tot en met 2022 vergoeding voor redelijk deel van de bovengenoemde omstreden behandelingen en ingrepen uitsloot en in 2023 haar naam veranderde in De Christelijke Ziektekostenverzekering, was gebaseerd op de aanpassing van de wet. In de praktijk was Pro Life onderdeel van Zilveren Kruis. Afsluiten van een ziektekostenpolis bij Pro Life heeft dus altijd betekend dat men indirect meebetaalde aan de ongewenste behandelingen die door Zilveren Kruis via andere basisverzekeringen werden vergoed. Kiezen voor Pro Life betekende wel dat men een daad stelde. In 2023 heeft Pro Life zich, mogelijk na kritische Kamervragen door het kamerlid Ellemée (GroenLinks), geconformeerd aan het standaard basispakket. Er zijn in Nederland inmiddels andere initiatieven voor zorgverzekeringspolissen waarbij een deel van de moreel niet toelaatbare behandelingen niet wordt vergoed.

In de Verenigde Staten wordt het meebetalen aan moreel verwerpelijke behandelingen in zekere zin nog meer benadrukt door het mandaat van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid en Human Services (HHS), dat vereist dat vrijwel alle werkgevers hun werknemers een ziektekostenverzekering aanbieden die directe sterilisatie en contraceptieve geneesmiddelen en hulpmiddelen dekt, inclusief die welke abortus kunnen veroorzaken. De United States Conference of Catholic Bishops heeft een document gepubliceerd waarin dit mandaat, samen met een aantal andere maatregelen, terecht wordt gekarakteriseerd als een ernstige inbreuk op de vrijheid van godsdienst, omdat het medewerking inhoudt aan handelingen die intrinsiek slecht zijn.

In de Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) kunnen federale staten afzien van de dekking van abortus en wordt gesteld dat geen enkele individuele of institutionele zorgverlener mag worden gediscrimineerd omdat hij geen begeleide zelfmoord of euthanasie aanbiedt. Tegelijkertijd mag deze verordening niet worden geïnterpreteerd als een beperking van praktijken zoals het onthouden van behandeling, vloeistoffen, het toedienen van pijnstillers die de dood kunnen bespoedigen en abortus (sec. 1553 42 U.S.C. 18113). In hoeverre dit de mogelijkheid van een vrije keuze voor individuele consumenten bij het afsluiten van een zorgverzekering zal beïnvloeden, is onduidelijk.

De mogelijkheden van de gezondheidszorg nemen gestaag toe, maar dat betekent niet dat al die mogelijkheden in overeenstemming zijn met het werkelijke welzijn van de mens. Men kan recht hebben op zorg volgens de eisen en de wetenschappelijke mogelijkheden van de tijd, maar men heeft geen inherent recht op behandelingen die het werkelijke welzijn van de mens niet dienen of zelfs tegen zijn natuur ingaan. Men heeft recht op goede en actuele zorg voor bijvoorbeeld een ziekte of verwonding, maar men heeft geen recht op behandelingen zoals een geslachtsverandering, die tegen de natuur van de mens ingaan.

De financiering en de toewijzing van middelen moeten niet alleen afhangen van democratische besluitvorming, maar ook van bepaalde morele grondbeginselen. Deze grondbeginselen, waaronder de bescherming van het leven, werden historisch door wetgevers in ere gehouden, maar zijn grotendeels verlaten in veel landen in de westerse wereld waar de wetgeving abortus toestaat, en in sommige andere landen in het Westen waar de wetgeving euthanasie toestaat. Zodra dergelijke wetten zijn aangenomen, moeten de handelingen die zij toestaan ook worden gefinancierd. Het opzetten van een algemene basisverzekering voor gezondheidszorg voor iedereen is op zich goed, maar de financiering die door de bijdrage van iedere burger moet worden opgebracht, raakt aan bovengenoemde moeilijkheid. Als een overheid die abortussen en euthanasie toestaat, aan elke burger een basisverzekeringspakket aanbiedt waarin deze behandelingen zijn opgenomen, en van elke burger

verlangt dat hij voor de verzekering betaalt, dan komt men voor het morele dilemma te staan om mee te werken aan dit kwaad. Regelgeving moet in de eerste plaats recht doen aan individuele mensen en de mensenrechten van ieder respecteren.

Dit is niet de plaats om uitgebreid in te gaan op de bijdrage van burgers aan de financiering van onnodige of immorele procedures binnen het totale zorgbudget (voor een uitgebreide bespreking van het principe van de medewerking aan het kwaad zie hoofdstuk I. 2.2.6.3). Van belang is het beginsel dat de overheid niet aan iedere burger de verplichting kan opleggen om via belastingen of gedwongen deelname aan verzekeringssystemen geldelijk bij te dragen aan moreel verwerpelijke of nutteloze procedures. Het gaat dan bijvoorbeeld om voorbehoedsmiddelen, abortus, noodanticonceptie, kunstmatige voortplanting (IVF), geslachtsveranderende operaties en andere overbodige en irrationele ingrepen, geneesmiddelen zonder bewezen werkzaamheid en euthanasie. In veel landen worden alle soorten ingrepen gedekt door de algemene ziektekostenverzekering, ook al zijn deze ingrepen niet gericht op herstel van (een gebrek aan) gezondheid. Wie ethische bezwaren heeft tegen deze behandelingen wordt toch gedwongen mee te werken aan een kwaad, wanneer het niet mogelijk is niet deel te nemen aan het verzekeringsstelsel. Een voorbeeld is dat van de anticonceptiepil, waarvan de kosten in veel landen worden gedekt door nationale financierings- of verzekeringsstelsels. In deze landen, waar meer dan de helft van de vrouwen in de vruchtbare levensperiode anticonceptiepillen slikt, betalen alle belastingbetalende burgers mee aan die pillen, of ze er nu mee instemmen of niet, en worden ze dus gedwongen mee te werken aan het kwaad van de anticonceptie.

In een bijna zuiver economische benadering van de gezondheidszorg worden moreel goed en moreel kwaad nauwelijks erkend. In de medische literatuur bestaat de neiging om zich uitsluitend te richten op het economische aspect van behandelingen, en vrijwel volledig voorbij te gaan aan relevante ethische vragen. In een artikel over IVF getiteld "Economic evaluations of single- versus double embryo transfer in IVF" wordt uitgelegd dat DET (double embryo transfer) meer kost dan SET (single). Het hele artikel behandelt de kosten en baten van een procedure die één of twee kinderen als "product" oplevert. Het artikel gaat voorbij aan het feit dat het "product" geen ding is, maar een mens. De eenzijdig economische manier van doen, die in de gezondheidszorg gebruikelijk is geworden, maakt zowel de gezondheidszorg als de mens tot louter economische objecten.

Men kan zeker beslissen dat dubieuze of moreel verwerpelijke behandelingen niet worden verstrekt en buiten het systeem van zorgfinanciering worden gehouden. Het uitsluiten van dubieuze of moreel verwerpelijke behandelingen uit het systeem van financiering van de gezondheidszorg levert niet alleen een economisch voordeel op, maar, nog belangrijker, het dient om de publieke opinie over deze behandelingen te vormen.

VII De sociale aspecten van de gezondheidszorg - Inleiding

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

De primaire taak van de overheid is het garanderen van het *algemeen welzijn* (*bonum commune, ook wel aangeduid met algemeen belang of gemeenschappelijke goede*). Volgens de katholieke sociale leer is dit niet zomaar het algemeen belang van de staat of de samenleving. Het *algemeen welzijn* impliceert het geheel van de voorwaarden die nodig zijn voor individuen en groepen om zich te ontwikkelen en hun doelen te bereiken. De



zorg voor het algemeen welzijn vereist in de eerste plaats het streven naar een zodanig organisatie en structuur van de gemeenschap dat haar leden in staat gesteld worden hun mogelijkheden en talenten als menselijke personen optimaal te ontplooiën. Volgens de katholieke sociale leer heeft het algemeen welzijn zijn einddoel in de menselijke persoon. Het impliceert dat het *gemeenschappelijke goede* veel meer is dan de totale som van alle bijzondere belangen, omdat mensen op grond van hun gemeenschappelijke natuur bepaalde belangen delen. Bovendien gaat het niet alleen om de verwezenlijking van het natuurlijke doel, maar ook dat van het bovennatuurlijke doel van de leden van de gemeenschap, namelijk het versterken van hun gelijkenis met God en het bereiken van het zaligmakende visioen in het eeuwige leven, dat zij allen gemeen hebben .

De relatie tussen het algemeen welzijn en het welzijn of de welvaart van de menselijke personen die lid zijn van de gemeenschap houdt rechtstreeks verband met wat de menselijke persoon en de menselijke gemeenschap zijn: het beeld van God, die een gemeenschap van drie personen in zichzelf is (vgl. Hoofdstuk 1.2.2.5.). De Vader, de Zoon en de Heilige Geest zijn één God, die wordt gevormd door unieke Personen die zich in onderlinge liefde geheel aan elkaar schenken. Analooq daaraan is de menselijke persoon één en onherhaalbaar, terwijl hij zich tegelijkertijd tot de gemeenschap moet wenden .

Volgens de Catechismus van de Katholieke Kerk omvat het algemeen welzijn de volgende drie elementen:

1. In de eerste plaats veronderstelt het algemeen welzijn het respect voor de persoon, wat impliceert dat zijn fundamentele en onvervreembare rechten worden geëerbiedigd .
2. Voorts vereist het algemeen welzijn het maatschappelijk welzijn en de ontwikkeling van de gemeenschap op zich. In dit kader zijn de autoriteiten bevoegd beslissingen te nemen om conflicten op te lossen die het gevolg zijn van verschillende bijzondere belangen. Bovendien moeten de autoriteiten ervoor zorgen dat iedereen beschikt over de middelen die nodig zijn voor een echt menselijk bestaan: voedsel, kleding, gezondheidszorg, arbeid, onderwijs en cultuur, de nodige informatie en het recht om een gezin te stichten .
3. Ten derde impliceert het algemeen welzijn vrede .

Vanuit het perspectief van het *algemeen welzijn* is er geen twijfel over mogelijk dat de overheid een taak heeft in de organisatie van de gezondheidszorg, die inhoudt dat zij gelijke toegang tot de gezondheidszorg moet garanderen, deze moet financieren en het onderwijs en de opleiding van gezondheidswerkers moet faciliteren, onderhouden en controleren (zie dit hoofdstuk 1.). De overheid heeft ook een verantwoordelijkheid in het faciliteren, onderhouden en controleren van onderwijs en opleiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Bovendien moet de overheid bij wet garanderen dat het beroepsgeheim in de gezondheidszorg is gewaarborgd en bepalen op welke wijze beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg met medische privé-informatie moeten omgaan (dit hoofdstuk 2.). In de praktijk zal de omvang van deze verantwoordelijkheden variëren afhankelijk van het politieke klimaat. Zoals op vele terreinen is een zeker evenwicht tussen particulier initiatief en overheidsbemoeienis noodzakelijk.

1.2.2 De principes van de katholieke medische ethiek

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

Het katholieke mensbeeld houdt in dat de mens, geschapen als hij is naar Gods beeld en gelijkenis, een intrinsieke waarde is, dus altijd meer dan alleen een instrumentele waarde vertegenwoordigt. Zoals we boven zagen, noemt Gaudium et Spes de mens 'het enige schepsel (op aarde) dat God omwille van zichzelf heeft gewild.' Het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht met betrekking tot de mens berust bij Hem die de mens als intrinsieke waarde schiep uit het niets, namelijk de Schepper.

Het springende punt is nu of dat ook geldt voor de verschillende niveaus die in de menselijke persoon onderscheiden kunnen worden. Hebben die ook – evenals hijzelf – een intrinsieke waarde of niet? In de menselijke persoon kan een onderscheid gemaakt worden tussen een biologisch-somatisch niveau, een emotioneel niveau en een geestelijk niveau. Is er tussen deze lagen een soort hiërarchie, in die zin dat met de waarden van deze lagen tegen elkaar kan afgewogen? In dualistische mensvisie bestaat een tendens het geestelijke niveau als het hoogste te zien, het emotionele als het middenniveau en het lichamelijke als het laagste niveau. Kan men bepaalde lichaamseigenschappen veranderen, omdat men het gevoel heeft dat ze niet voldoen en de persoon niet tot zijn recht laten komen? Deze vraag doet zich bijvoorbeeld voor bij iemand die hormonen gebruikt voor body-building, omdat hij een minderwaardigheidsgevoel wil compenseren of wil presteren als beroepssporter. In een ander jasje doet zich deze vraag voor bij de transseksueel: mag hij zijn lichamelijk geslacht opofferen aan zijn 'gender', zijn gevoel tot het andere geslacht te behoren? Of moet het lichamelijke geslacht wijken voor een geestelijk goed, de vrijheid?

Een belangrijk gegeven van het katholieke mensbeeld is dat het lichaam een intrinsieke dimensie van de mens is en daarom deelt in diens essentiële waardigheid. Het schenden van het lichaam is daarom een intrinsiek kwaad, dat wil zeggen een handeling die altijd en overal kwaad is. Door geen enkel doel kan een dergelijke handeling worden gelegitimeerd. Zo'n handeling valt onder een absolute of universele norm. Zij is altijd negatief geformuleerd en betreft het verbod op het stellen van een intrinsiek kwade handeling, bijvoorbeeld 'Gij zult geen onschuldig mens doden.' In tegenstelling tot wat het proportionalisme leert (zie eveneens in dit hoofdstuk), kunnen niet alleen transcendentale (formele) normen absoluut zijn, maar ook concrete (materiële of categoriale) normen. Daarnaast bestaan er positief geformuleerde normen in de vorm van een opdracht: 'Gij zult het menselijke leven in stand houden.' Deze normen gelden in de meeste gevallen, maar er zijn uitzonderingen. Men hoeft het menselijke leven niet in stand te houden als dat ongeproportioneerde consequenties heeft. Zij staan bekend als algemene normen.

Op basis van het katholieke mensbeeld zijn een aantal fundamentele absolute of algemene normen te formuleren die als basisprincipes voor de medische ethiek dienen.

2.2.1 Men moet het lichamelijke leven naar vermogen in stand houden, maar mag het niet instrumentaliseren

Als de menselijke biologische natuur een intrinsieke dimensie van de menselijke persoon is, dan impliceert het instrumentaliseren van de biologische natuur tevens het instrumentaliseren van de persoon als zodanig. Op welke manier wordt het menselijke lichaam geïnstrumentaliseerd?

Preventief of therapeutische ingrijpen hebben tot doel om het menselijke lichaam in zijn normale welbevinden te behouden of te herstellen. Hierbij is het menselijke lichaam en daar mee de mens zelf het doel van de behandeling.

Anders ligt dat bij enhancement, waarbij in de biologische natuur van de mens wordt ingrepen, niet om het normale welbevinden ervan te behouden of te herstellen, maar om het te verbeteren met het oog op het behalen van bepaalde prestaties of realiseren van door de persoon zelf of de maatschappij wenselijk geachte eigenschappen. Dit kan zich in zeer uiteenlopende vormen voordoen: de toediening van anabole steroïden bij bodybuilding, doping bij topsporters, cosmetische ingrepen bij mensen zonder enige misaaktheid, de implantatie van Brain Computer interfaces of de toediening van neurofarmaca om hersenfuncties te verbeteren bij afwezigheid van aandoeningen van dit orgaan, en het creëren van nieuwe of verbeteren van bestaande eigenschappen en lichaamsfuncties bij overigens gezonde mensen door middel van genmodificatie. Binnen dit kader is het lichaam niet het doel van de ingreep, maar wordt het gedegradeerd tot een middel om bepaalde doeleinden te realiseren, die niet met het gezond maken van het lichaam als zodanig te maken hebben. Door enhancement in welke vorm ook wordt de mens als geheel ondergeschikt gemaakt aan de ontwikkeling van bepaalde gewenste eigenschappen.

Een eventuele tegenwerping zou kunnen zijn dat het niet altijd eenvoudig is om een scherpe grens te trekken tussen preventie en therapie enerzijds en enhancement anderzijds. Hiertussen bevindt zich een grijze zone, waar geen definitieve antwoorden voorhanden zijn. Is het verhelpen van bijziendheid door middel van een laserbehandeling van het hoornvlies een therapie of de verbetering (enhancement) van een overigens gezond individu? Licht de grens tussen beide bij min 5 of bij min 10 dioptrie? Bij het antwoord op deze vraag speelt ook de sociale omgeving een rol: bijziendheid heeft in West Europa minder nadelen dan op een afgelegen plek in het Amazonegebied. Temidden van al deze wisselende factoren het juiste midden vinden, vereist van medewerkers in de gezondheidszorg een grote concrete feitenkennis en de deugd van de prudentie (zie Hoofdstuk 1.3). Het bestaan van een grijze zone neemt overigens niet weg dat in de meeste gevallen enhancement duidelijk van preventie en therapie is te onderscheiden.

2.2.2 Directe levensbeëindiging bij onschuldige mensen is moreel ongeoorloofd

De meest radicale wijze waarop het menselijke lichaam wordt geïnstrumentaliseerd, is levenbeëindigend handelen. Hierbij wordt het lichamelijke leven opgeofferd als middel om aan een vorm van lijden een einde te maken. Zoals eerder gezegd kan dit verdedigd worden binnen een dualistische mensvisie die aan het lichaam slechts een extrinsieke waarde toekent. Binnen deze visie zou de betrokken persoon zelf of anderen tot de conclusie kunnen komen dat het leven, eenmaal ontluisd door ziekte of handicaps, zijn waarde heeft verloren en daarom mag worden beëindigd. Het menselijke leven heeft echter, evenals de menselijke persoon, een intrinsieke waarde, die blijft van de conceptie tot het natuurlijke levenseinde, hoe aangetast en ontluisd het leven ook kan zijn. Dit geldt ook als de persoon in kwestie zelf de waarde van het eigen leven niet meer onderkent. Vanuit dit perspectief zijn directe abortus provocatus, experimenten waarbij menselijke embryo's worden verbruikt, direct levensbeëindigend handelen bij gehandicapte pasgeborenen, directe euthanasie, directe suïcide en direct levensbeëindigend handelen zonder verzoek van de betrokkene moreel ongeoorloofde handelingen.

De toevoeging direct betekent dat het effect van een handeling het doel ervan is, bijvoorbeeld wanneer men iemand uit haat doodt, of wordt gebruikt als middel om een doel te bereiken: levensbeëindiging om te



ontkomen aan de gevolgen van een ernstige ziekte. In een aantal gevallen kan het levenseinde een gevolg zijn van medische behandeling, bijvoorbeeld wanneer een zieke aan een ernstige maagbloeding door trombopenie als gevolg van chemotherapie of behandeling of aan een anafylactoïde shock als complicatie van de toediening van penicilline. In dit geval spreken we van een indirecte levensbeëindiging, feitelijk een bijwerking. Hierop komen we terug bij de bespreking van het principe van de handeling met dubbel effect (Zie dit hoofdstuk, 2.2.6.2).

Niet zelden is men verwonderd dat de Katholieke Kerk enerzijds bijvoorbeeld abortus provocatus wel, maar de doodstraf niet principieel afwijst. Zij houdt als absolute norm voor dat de directe levensbeëindiging bij een onschuldig mens nooit geoorloofd is. Dit bevestigt paus Johannes Paulus II in een plechtige formulering, die aan een dogmaverklaring doet denken:

‘Met het gezag dat Christus aan Petrus en zijn opvolgers heeft verleend en in gemeenschap met alle bisschoppen van de katholieke kerk bevestig ik bijgevolg dat het rechtstreeks en vrijwillig doden van een onschuldig wezen altijd ernstig immoreel is. Deze leer vindt haar grondslag in de ongeschreven wet die ieder mens, door zijn verstand verlicht, in zijn hart ontdekt (vgl. Rom. 2,14-15). Ze wordt bevestigd door de heilige Schrift, doorgegeven door de Overlevering van de kerk en onderricht door het gewone en universele leergezag’.

Dit roept de vraag op wat bedoeld is met een *onschuldig* mens? Eberhard Schockenhoff heeft zijn twijfels ten aanzien van het absolute karakter van genoemde norm, omdat de kwalificatie onschuldig in de praktijk de nodige onzekerheid kan oproepen. In dit verband noemt hij twee voorbeelden. Op de eerste plaats dat van een politieagent die een psychiatrische patiënt moet dooddoden, wiens gewelddadig gedrag een acuut risico impliceert voor het leven van anderen, hoewel hij niet toerekeningsvatbaar is. Hij is derhalve niet schuldig aan wat hij doet. Dit is, aldus Schockenhoff een uitzondering op de norm dat men het leven van onschuldige mensen niet mag beëindigen. Op de tweede plaats: het is eveneens geoorloofd militairen van het vijandelijke leger te doden, hoewel het feit dat zij tot een vijandelijk leger behoren, niet volstaat om hen individueel als schuldig te kwalificeren.

Het punt is dat – in tegenstelling tot wat Schockenhoff veronderstelt – *schuldig* hier niet is gebruikt in *morele* zin, dat wil zeggen dat betrokkene *vrij van schuld* is. In dit opzicht is niemand volstrekt onschuldig. De uitdrukking *onschuldig* is in deze context door de klassieke katholieke moraaltheologie (de katholieke moraaltheologie van de 16e tot met het midden van de 20e eeuw) gehanteerd in technische zin: onschuldig betekent hier dat betrokkene noch in aanmerking komt voor de doodstraf, noch actief betrokken is bij een onrechtvaardige oorlog. Waar het Oude Testament zegt: ‘Breng iemand die geen schuld heeft en in zijn recht staat, niet ter dood; wie zich aan zoiets schuldig maakt, laat ik niet vrijuit gaan’ (Ex. 23,7), is in strikte zin bedoeld: *iemand die niet de doodstraf verdient*. Het Oude Testament hanteert in het verbod om ‘onschuldig bloed’ te vergieten, de term onschuldig in ruimere zin om ieder lid van de gemeenschap aan te duiden die het risico loopt ten onrechte te worden gedood (Deut. 19,10-13; 21,8-9, 27,25; Jer. 7,6; 19,3-5; 22,3).

Overigens treft men op enkele plaatsen in het Oude Testament de opdracht aan om ook de niet-strijders van een vijandelijk volk om het leven te brengen, namelijk in situaties waarin Israël alle volkeren moet doden waarvan het in Kanaän de plaats zal innemen (Deut. 7,1-2; 13,12-18; 20,16-18; Jos. 6,18-21; 10,40, 11,14; 1 Sam. 15,2-32). Het gaat hier om echter een tijdgeboden opvatting, die moet worden gelezen vanuit een incompleet Gods- en mensbeeld binnen het kader van een zich geleidelijk ontvouwende Openbaring. Een dergelijke opdracht staat haaks op de opdracht om ook de vijanden te beminnen, dat Jezus geeft in het Nieuwe

Testament: 'Gij hebt gehoord dat er gezegd is: Gij zult uw naaste beminnen en uw vijand haten. Maar ik zeg u: Bemint uw vijanden en bidt voor wie u vervolgen' (Mt. 5,43-44; vgl. Lc. 6.27-36).

De Traditie van de Kerk ontwikkelde de theorie van de rechtvaardige oorlog: deze houdt in dat men een oorlog mag voeren en geweld gebruiken tegen degenen die bereid zijn om onrechtvaardig geweld te gebruiken en het algemeen Welzijn en de sociale orde ernstig in gevaar brengen. In zekere zin geldt dit ook voor iemand die de doodstraf verdient, aldus de klassieke katholieke moraaltheologie: iemand die door zijn optreden een ernstige bedreiging is voor het algemeen Welzijn, kan zijn recht op leven verliezen (overigens ziet Johannes Paulus II, hoewel hij de doodstraf in principe (de jure) niet afwijst, er de facto geen rechtvaardiging meer voor onder de huidige omstandigheden, waarin het mogelijk is misdadigers langdurig of levenslang in hechtenis te houden).

Het is duidelijk dat het in een oorlogssituatie niet gemakkelijk is om uit te maken wie actief betrokken is bij een onrechtvaardige oorlog: gaat het hier alleen om militairen of ook om werknemers van wapenfabrieken? Men moet zich realiseren dat de onzekerheid betreffende de toepassing van een norm onder concrete omstandigheden niet automatisch onzekerheid betreffende de norm op zich betekent. Onzekerheid ten aanzien van het onderscheid tussen *schuldig* en *onschuldig* sluit geenszins uit dat het verbod op het doden van onschuldige mensen absoluut is. Om de juiste toepassing van de onderhavige norm te vergemakkelijken stelde Alfonso de' Liguori (1696-1787) een lijst op van mensen die als onschuldig zijn te kwalificeren: jongeren die niet met wapens kunnen omgaan, vrouwen, ouderen, religieuzen, geestelijken, pelgrims, handelaars en boeren.

Hoe dan ook, deze verklaring van het technische gebruik van de term onschuldig geeft een antwoord op de bezwaren van Schockenhoff. De psychiatrische patiënt die door een politieagent wordt doodgeschoten omdat zijn gedrag gevaar oplevert voor het leven van omstanders, is niet moreel schuldig en daarom geen ongerechtvaardigde agressor in formele zin. Hij blijft echter *materieel* gezien wel een ongerechtvaardigde agressor en daardoor schuldig in technische zin. Hier gaat het niet om de directe levensbeëindiging van een onschuldige, maar om rechtvaardige verdediging van de omstanders.

Het is evident dat het in de gevallen van directe levensbeëindiging zoals die zich in de gezondheidszorg voordoen, gaat om levensbeëindiging bij mensen die onschuldig zijn in de boven geschetste zin. In deze situaties is de absolute norm van toepassing dat men het leven van onschuldige mensen niet mag beëindigen.

2.2.3 Het therapeutische principe (totaliteitsprincipe)

De eerste twee principes sluiten uit dat er een volledig beschikkingsrecht over het menselijk lichaam bestaat. Men mag het niet reduceren tot een middel tot een doel. Er is echter wel een zeker beschikkingsrecht over het menselijk lichaam, maar alleen binnen bepaalde grenzen. Organen die zijn aangetast door een kwaadaardige aandoening, worden geëxstirpeerd en ledematen, aangetast door gangreen, worden geamputeerd.

Orgaandonatie door een levende donor impliceert ook een vorm van beschikking over het lichaam. In een aantal gevallen hebben deze ingrepen grote gevolgen. Het verwijderen van delen van de hersenen waarin zich een tumor bevindt, kan leiden tot een verandering van de persoonlijkheid. Door uterusextirpatie wordt de vrouw onvruchtbaar. In genoemde voorbeelden is er onmiskenbaar sprake van een vorm van beschikking over het lichaam, het voortplantingsvermogen en mentale functies met als doel het leven te behouden. Dit roept de vraag op welke grenzen hierbij in acht dienen te worden genomen. Een antwoord hierop geeft het therapeutische principe, dat ook bekendstaat als het totaliteitsprincipe, een van de meest fundamentele principes van de medische ethiek.

Het therapeutische principe impliceert dat de mens voor al zijn natuurlijke, lichamelijke en mentale functies zorgdraagt en deze in stand houdt, zodanig dat:

1. lagere functies nooit worden opgeofferd tenzij voor het beter functioneren van de persoon in zijn totaliteit en dan met een poging om wat is opgeofferd te compenseren;
2. de fundamentele vermogens die essentieel bij het mens zijn horen, nooit worden opgeofferd, tenzij dat noodzakelijk is om het leven te behouden .

De basis voor dit principe is dat de delen ondergeschikt zijn aan het totaal van de delen. Het lichaam is een organisme dat bestaat uit diverse organen en ledematen die samen een fysieke eenheid vormen. Zij zijn integrale onderdelen (*partes integrantes*) en als zodanig in hun zijn ondergeschikt aan het geheel . Thomas van Aquino legde de basis voor dit principe in zijn *Summa Theologica*, waar hij schrijft over de amputatie van een been dat is aangetast door gangreen

Omdat het lichaam een intrinsieke dimensie van de menselijke persoon is, kunnen lagere functies niet zonder meer worden opgeofferd ten behoeve van hogere functies. De waarde van het lichaam kan niet worden afgewogen tegen de waarde van het gevoel of van de menselijke geest. Men mag niet de fysieke integriteit aantasten om aandoeningen te behandelen die van psychische oorsprong zijn. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij geslachtsveranderende operaties: bij transseksuelen die zich psychisch een vrouw voelen, terwijl ze een man zijn of omgekeerd, worden binnen het kader van medische of chirurgische geslachtsverandering lichaamsdelen die op zichzelf gezond zijn, opgeofferd om een psychisch probleem op te lossen. Ook mag men de fysieke integriteit niet opofferen voor het realiseren van eigenschappen of zaken waarvoor men in vrijheid kiest, door ingrepen die niet noodzakelijk zijn om de gezondheid te herstellen of het leven te behouden.

Er vallen enkele verkeerde interpretaties van het totaliteitsprincipe te signaleren. Sommige moraaltheologen hebben op basis van het totaliteitsprincipe sterilisatie gerechtvaardigd om te voorkomen dat een vrouw die heeft geleden aan een zwangerschaps- of kraambedpsychose of als gevolg van een zwangerschap problemen kan krijgen in haar huwelijksrelatie, zwanger wordt . Op deze wijze wordt echter het voortplantingsvermogen opgeofferd om de psychische gezondheid in stand te houden, dat wil zeggen omwille van iets dat niet essentieel is voor de menselijke persoon als een *levende totaliteit*, maar een *functionerende totaliteit*. Feitelijk wordt evenwel de persoon als *functionerende totaliteit* geschonden door het verlies van het voortplantingsvermogen. En dat terwijl op het moment van de ingreep er geen imminent gevaar voor de psychische gezondheid dreigt en dat gevaar ook op een andere manier kan worden voorkomen. Bovendien suggereert deze interpretatie van het totaliteitsprincipe dat het eveneens geoorloofd zou zijn om lichaamsdelen op te offeren ten behoeve van sociale belangen. Op basis van dezelfde redenering zou ook sterilisatie omwille van eugenetische motieven in het belang van de samenleving of de Staat kunnen worden gelegitimeerd.

De gedachte dat de integriteit van het lichaam ten behoeve van sociale doeleinden mag worden aangetast, is ingegeven door de toepassing van het totaliteitsprincipe op de doodstraf: als het noodzakelijk is, dan zou de overheid het recht hebben om een crimineel ter dood te laten brengen met het oog op het algemeen welzijn van de samenleving in haar totaliteit. Het risico dat totalitaire regimes van dit principe misbruik maken is uiteraard niet denkbeeldig. We moeten echter voor ogen houden dat het lichaam een fysieke eenheid is, en de samenleving een morele. In tegenstelling tot de delen van het lichaam is het zijn van de afzonderlijke personen niet ondergeschikt aan de samenleving als geheel. Hooguit zijn zij ondergeschikt aan de samenleving, voor zover het algemene welzijn in het geding is. Op dit vlak heeft de publieke overheid iets te zeggen over hun doen

en laten. De doodstraf kan niet worden gerechtvaardigd op basis van het totaliteitsprincipe .

Bij de toepassing van het therapeutische principe moet aan enkele voorwaarden worden voldaan :

1. het moet gaan om een ingreep in het lichaamsdeel dat is aangetast ofwel om een lichaamsdeel dat hoewel zelf onaangetast de directe oorzaak is van een levensbedreigende situatie; bij het laatste kan men denken aan het verwijderen van de testes en de ovaria (of het uitschakelen van de functie van deze organen door radiotherapie) bij testosteron afhankelijke prostaatcarcinomen respectievelijke oestrogeen afhankelijke borstcarcinomen .
2. er zijn geen alternatieven voor de ingreep;
3. de kans op levensbehoud of herstel van de gezondheid is geproportioneerd aan de risico's verbonden aan de ingreep;
4. de betrokken patiënt geeft zijn toestemming voor het verrichten van de ingreep.

2.2.4 Het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid

Het is empirisch vast te stellen dat mensen vrij zijn, zij het ook binnen gegeven grenzen. Zonder twijfel is dit het meest specifieke element van de bijzondere waardigheid van de mens. Vanuit theologisch perspectief is dit het meest in het oog springende aspect van het feit dat de mens naar Gods beeld en gelijkenis is geschapen.

Evenals God is hij begiftigd met rede en wil. Hoe gering zijn redelijk vermogen en zijn vrijheid – vergeleken bij die van de Schepper – ook mogen zijn, hij deelt tot op zekere hoogte in Gods voorzienigheid. Hij kan zaken voorzien en met het oog daarop bepaalde voorzieningen treffen. Dit betekent dat de mens verantwoordelijkheid draagt en op zijn handelen kan worden aangesproken. Hier ligt de basis voor het morele handelen van de mens.

De mens draagt ook verantwoordelijkheid voor zijn leven en zijn gezondheid. Met de rede kan hij binnen de schepping middelen en wegen ontdekken om zijn lichamelijke conditie op peil te houden. Het katholieke christendom erkent dan ook alleen een gedesacraliseerde vorm van geneeskunde, dat wil zeggen een geneeskunde niet vermengd met religieuze rituelen. De mens kan God om genezing van een ziekte bidden. En God kan buiten de gewone orde van de schepping om ingrijpen en genezing schenken, maar dat is niet de gebruikelijke gang van zaken en komt dan ook relatief zelden voor. Het ontslaat de mens niet van het nemen van de eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn leven en zijn gezondheid.

Een directe consequentie van het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid is dat de mens zelf in eerste instantie verantwoordelijk is voor eigen leven en gezondheid, niet de arts. Het is dan ook uiteindelijk aan hem om te beslissen of hij aangeboden medische behandeling accepteert of niet, behoudens in enkele uitzonderlijke situaties, waarover straks meer. De arts kan een wilsbekwame patiënt niet dwingen om een behandeling te ondergaan, ook al is hij ervan overtuigd dat die in alle redelijkheid zou moeten worden toegepast. In dit opzicht zou men kunnen zeggen dat de arts wel een behandelingsplicht, maar geen behandelingsrecht heeft. Hierover zei Pius XII in de jaren '50:

'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' .



Dit klassieke uitgangspunt is verwoord in de moraaltheologische en medisch-ethische literatuur vanaf de 16e eeuw, dus vanaf het moment dat de katholieke moraaltheologie en de medische ethiek zich tot afzonderlijke disciplines ontwikkelden. Hooguit kon volgens een enkele moraaltheoloog (Leonhard Lessius, SJ, Leuven, 1554-1623) de staat respectievelijk een religieuze overste van iemand die voor de staat of de orde niet gemist kon worden, eisen dat hij zich aan medische behandeling onderwierp, mits zeker was dat genezing zou intreden en de pijn van een operatie niet te lang zou aanhouden; Domingo de Soto (Spanjaard met grote invloed op het Concilie van Trente als keizerlijk theoloog, 1495-1560) verwierp dit echter wat betreft de staat. Vanaf de jaren '50 van de vorige eeuw bleek echter dat de zeggenschap van patiënten over de toepassing van behandeling en deelname aan experimenteel medisch onderzoek als gevolg van een tweetal ontwikkelingen onder zware druk was komen te staan:

1. Op de eerste plaats kwamen enkele schandalen naar buiten met betrekking tot de manier waarop proefpersonen voor experimenteel medisch onderzoek werden geselecteerd en werden geïnformeerd over de opzet, de inhoud en de risico's ervan. Vooral het schandaal rond de Tuskegee Syphilis Study deed in de jaren zeventig veel stof opwaaien. Tussen 1932 en 1972 onderzocht de United States Public Health Service hoe de geslachtsziekte syfilis zonder behandeling verliep bij 600 zwarte mannen uit arme bevolkingslagen. 399 van hen leden aan syfilis, de andere 201 niet. Voor hun deelname aan het onderzoek ontvingen zij een compensatie in de vorm van gratis maaltijden, medische begeleiding en een uitvaartverzekering. Deze konden zij goed gebruiken want ook nadat penicilline, een effectief geneesmiddel tegen syfilis, vlak na de Tweede Wereldoorlog algemeen beschikbaar was geworden, werd geen behandeling ingesteld. Lopende dit onderzoek stierven syfilislijders een afschuwelijke dood, terwijl zij zonder problemen gered hadden kunnen worden. Aan de proefpersonen werd amper informatie verstrekt over de ware toedracht van het onderzoek. Zij waren niet op de hoogte van de diagnose.
Door deze en vergelijkbare gebeurtenissen ging men beseffen dat de maatschappij controle moet uitoefenen op experimenteel medisch onderzoek. Bij wet moeten garanties kunnen worden afgedwongen dat de deelname van proefpersonen is gebaseerd op vrijwilligheid. Voor een weloverwogen beslissing is voldoende informatie nodig. Bovendien mag de eventuele proefpersoon niet onder druk staan, bijvoorbeeld door de vrees dat hij minder aandacht van de arts zal krijgen als hij zijn medewerking aan het onderzoek weigert. Door de belofte van strafvermindering of verlichting van het gevangenisregime kan men mensen die in detentie worden gehouden, danig in verleiding brengen om zich als proefpersoon ter beschikking te stellen. Tegenwoordig is voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek een informed consent vereist, een toestemming van de proefpersoon verleend op basis van adequate informatie en in volle vrijheid.
2. Een tweede belangrijke factor was de groeiende weerstand in de zestiger jaren tegen vergaande medische beslissingen. Artsen moesten nog leren hoe met medische technieken om te gaan. Zij konden patiënten sinds de Tweede Wereldoorlog met beademing, operatief ingrijpen, bestraling en chemotherapie eindeloos in leven houden. Deze technieken werden praktisch zonder overleg met patiënten toegepast. Ik ben er zelf in 1977 tijdens mijn co-assistententijd getuige van geweest hoe bij een oude dame met doorligwonden aan de enkels en ter hoogte van het staartbeen beide benen



werden afgezet zonder overleg met haar, onder protest van de zaalassistent. Zo rees de voor de hand liggende vraag wie uiteindelijk over dit soort vergaande ingrepen had te beslissen: was dat alleen de arts met zijn professionele kennis of had de patiënt ook wat in te brengen? Men ging zich afzetten tegen wat wel gekenschetst is als de Hippocratische geneeskunde, die paternalistisch zou zijn en alleen het principe-van-weldoen zou erkennen: 'Doctor knows best'.

3. De gemiddelde patiënt in een informatiemaatschappij hoort van genoemde schandalen en beseft welke impact de toepassing van medische technieken op zijn leven kan hebben. Het is begrijpelijk dat hij een woordje mee wil spreken. Zo ontstond het concept van de mondige patiënt die de verhouding tussen arts en patiënt drastisch veranderde. Vanaf de jaren '70 wordt daarom algemeen als eis gesteld dat aan de patiënt de nodige informatie wordt verstrekt met betrekking tot de diagnose en prognose van zijn aandoening en de voor- en nadelen van de aanbevolen behandeling. Hij is dan in staat om met voldoende kennis van zaken een behandelingsplan te accorderen, hetgeen is vereist alvorens de behandeling wordt toegepast. Op deze manier is veiliggesteld dat de patiënt de uiteindelijke beslissing over de toepassing van medische behandeling in handen heeft.

Wel kan de bevoegde overheid in een aantal gevallen, als het Algemeen Welzijn in het geding is, mensen dwingen om medisch onderzoek en behandeling te ondergaan. Eveneens kunnen mensen gedwongen in quarantaine worden gehouden om te voorkomen dat een besmettelijke ziekte uitgroeit tot een epidemie. Een discussiepunt is of de bevoegde overheid onder bepaalde omstandigheden hongerstakers onder dwang voedsel mag laten toedienen, bijvoorbeeld door middel van een maagsonde of een infuus in een grote ader? Deze vraag rees in 2003 toen Volkert van der G, de moordenaar van Pim Fortuyn, in hongerstaking ging. Door zo zijn leven te beëindigen zou hij zijn proces en straf ontlopen. Bovendien zou men dan nooit te weten kunnen komen of hij alleen dan wel in opdracht van een ander of een organisatie Fortuyn had doodgeschoten. Als dat op grote schaal zou voorkomen, dan zouden veel criminelen hun gerechte straf ontlopen. Ook zou men zich kunnen voorstellen dat de bevoegde overheid hongerstakers tegen hun wil aan kunstmatige voeding onderwerpt om te voorkomen dat hun dood, door sommigen opgevat als een martelaarsdood, de aanleiding kan zijn tot een gewelddadig conflict of een opstand. In de beoordeling van dergelijke situaties moet het risico voor het algemeen welzijn worden afgewogen.

Tot slot moet binnen het kader van dit principe nog een fundamenteel discussiepunt worden aangeroerd. De vrijheid vertegenwoordigt een hogere waarde dan het lichamelijke leven: betekent dit niet dat de mens in vrijheid zou kunnen beslissen om in de vorm van euthanasie of suicide van zijn leven afstand te doen? We hebben boven gezien dat binnen een dualistische mensvisie en binnen het kader van de autonome ethiek het lichamelijke leven (onder bepaalde omstandigheden) de mens in vrijheid van zijn lichamelijk leven afstand mag doen. Zonder twijfel is de vrijheid, die uiteindelijk in de geestelijke dimensie van de mens is geworteld, een hogere waarde dan het leven zelf. Voor de uitoefening van de vrijheid in concrete keuzes en handelingen is echter het lichaam onmisbaar. Bovendien vereist vrijheid adequate rationele informatie. Anders kan de mens geen vrije keuzes maken. Die rationele informatie is bij de mens echter uiteindelijk ontleend aan zintuiglijke informatie, die uiteindelijk via de zintuiglijke organen van het lichaam wordt verkregen (behoudens hetgeen God hem door de gave van het geloof langs bovennatuurlijke weg laat weten). De vrijheid kan zonder lichamelijk leven niet tot zijn recht komen. De vrijheid mag dan een hoger goed zijn, maar het lichamelijke leven is naast een intrinsieke waarde ten opzichte van de vrijheid ook een fundamentele waarde: zonder lichamelijk leven is er geen vrijheid.

2.2.5 Het socialiteits- en het subsidiariteitsprincipe

Het *socialiteitsprincipe* legt iedere afzonderlijke menselijke persoon de ethische plicht op zichzelf te verwezenlijken door daadwerkelijk zorg te dragen voor het welzijn van medemensen. Dit principe ligt mede ten grondslag aan het *solidariteitsprincipe*. Solidariteit betekent de erkenning van een sociale wezensnatuur van de mens, van gelijke waardigheid en van de fundamentele rechten van alle mensen. H. Johannes Paulus II omschrijft solidariteit als een deugd, een goede morele karaktereigenschap, *'het vaste en volhardende besluit om zich in te zetten voor het algemeen welzijn van allen en van ieder, omdat wij allen verantwoordelijk zijn voor allen'*. Het gaat dus om meer dan een vaag gevoel van medelijden bij het zien van het menselijke leed. Solidariteit is een voorwaarde voor de realisering van de universele bestemming van de goederen van deze wereld. Het laatste betekent dat de rijkdommen en hulpmiddelen in de schepping uiteindelijk niet zijn bestemd voor individuen, maar voor het algemeen Welzijn, waaraan alle mensen deel hebben.

Het *recht op privé-bezit* is weliswaar vanuit sociaal perspectief te rechtvaardigen, omdat het het goede beheer van de rijkdommen van de wereld stimuleert. Het is echter geen onaantastbaar recht. De Staat kan belasting heffen, in een noodtoestand eigendommen van burgers vorderen en ook vergen dat gezonde mensen financieel bijdragen aan de gezondheidszorg voor medemensen die ziek of gehandicapt zijn. Het privé-bezit moet volgens het principe van de universele bestemming van de goederen van deze wereld ook aan de gemeenschap ten goede komen. Een egoïstisch gebruik van wat men als privé-persoon bezit, staat bijgevolg haaks op de leer van de Kerk met betrekking tot de universele bestemming van de goederen:

'De christelijke traditie heeft dit recht nooit als een absoluut onaantastbaar recht ondersteund. Zij heeft dit daarentegen altijd verstaan in de bredere samenhang van het algemeen recht van iedereen om de goederen van de gehele schepping te gebruiken: het recht op privé-bezit is ondergeschikt aan dat van het algemeen gebruik, aan de universele bestemming van de goederen'.

Het socialiteitsprincipe wordt niet spontaan onderschreven in de huidige Westerse cultuur, waarin individuele belangen veel hoger genoteerd staan dan sociale belangen. Het is een cultuur gekenmerkt door een radicaal individualisme en daarmee gepaard een *functionele maatschappijopvatting*, waardoor aan de samenleving als morele waarde tekort wordt gedaan. Dit vindt zijn wortels in de theorie van het sociaal contract (Maatschappelijk Verdrag), dat in de zeventiende is ontwikkeld door denkers als Thomas Hobbes (1588-1679), John Locke (1632-1704) (Locke 1824) en Jean-Jaques Rousseau (1712-1778) (Rousseau, 1772). Een moderne variant treffen we aan bij John Rawls. De grondgedachte is dat de mens van nature vijandig tegenover zijn medemens staat. Om te voorkomen dat onderlinge competitie en strijd tot de ondergang van de mensheid zou voeren, hebben mensen, aldus deze theorie, bij sociaal contract hun individuele vrijheidsrechten (voor een deel) overgedragen aan de samenleving en in handen van de staatsoverheid gelegd. Het ging hier mede om een poging een rechtvaardiging te vinden voor de absolute staat. De essentiële opdracht van de Staat is om door middel van wetten, die zij dwingend aan de burgers kan opleggen, te voorkomen dat de een de belangen van de ander schaadt. De enige functie van de staat is hier de individuen in hun streven naar zelfbehoud tegenover elkaar te beschermen.

Het ideaal van een absolute staat is vervlogen, maar de functionele visie op de Staat en in bredere zin de samenleving is gebleven. Deze tendens is versterkt door de opkomst van het expressionistisch individualisme sinds het begin van de jaren zestig, waarvoor het pad werd gebaad door de snelle stijging van de welvaart voor alle leden van de samenleving. Het expressionistisch individualisme houdt in dat het individu de neiging heeft zichzelf op het podium te plaatsen en anderen te zien als toeschouwers. Wanneer belangen in samenwerking met anderen, bijvoorbeeld binnen het bedrijfsleven, het onderwijs, de gezondheidszorg en het

verzekeringswezen, worden behartigd, gebeurt dat in de regel omdat het zonder samenwerking onmogelijk is, maar het gaat daarbij uiteindelijk om het gezamenlijk verwezenlijken of garanderen van individuele belangen. Alleen een groot aantal individuen kan in gezamenlijkheid een goede gezondheidszorg financieren.

Het radicale individualisme houdt echter geen rekening met de essentiële betrokkenheid van mensen op elkaar. Deze gaat verder dan alleen het realiseren van individuele belangen, die meerdere individuen met elkaar gemeenschappelijk hebben. We zagen boven dat de autonome ethiek, die typisch geworteld is in het radicaal individualisme, weinig oog heeft voor een sociale ethiek.

Onze essentiële betrokkenheid op medemensen is evident: we krijgen onze leven, onze opvoeding, onze cultuur, ons geloof en onze levensbeschouwing van onze ouders en anderen. Alleen het garanderen van materiële belangen volstaat niet om mensen tot hun recht te laten komen. Niemand kan zonder het respect en de liefde van medemensen. Persoonlijke en gemeenschappelijk belangen staan in eerste instantie niet op gespannen voet met elkaar, maar veronderstellen elkaar. Hierin zit geen enkele dreiging van een collectivistische ethiek, eigen aan het communisme en het fascisme, die impliceert dat individuen kunnen worden opgeofferd aan het belang van de Staat of het collectief. De katholieke sociale leer definieert het Algemeen Welzijn als het geheel aan voorwaarden dat in maatschappelijk verband moet zijn gerealiseerd om menselijke personen in staat te stellen zichzelf als mens te ontwikkelen en zo hun doel te bereiken. Uiteindelijk heeft het algemeen Welzijn het welzijn van de menselijke persoon tot doel.

Dat de mens in essentie een sociaal wezen is, blijkt – theologisch gezien – ook een belangrijk aspect van het feit dat hij naar Gods beeld is geschapen. God is in zichzelf een gemeenschap van drie Personen: Vader, Zoon en Heilige Geest. Dat hij naar Gods beeld geschapen is, kan de mens in zijn eentje nooit volledig waar maken. Hij kan dit alleen voor zover hij leeft in gemeenschap met andere personen. Het meest intens wordt dit waargemaakt in de gemeenschap van het huwelijk en het gezin, maar in bredere zin ook in relatie met anderen en in de samenleving als geheel. Er is een manifeste analogie tussen de Drie-eenheid enerzijds en het huwelijk en de maatschappij anderzijds. Hans Urs von Balthasar noemt het gezin ‘het meest expressieve beeld van God ingekerfd in de schepselen’. Onder verwijzing naar het Hoge priesterlijk Gebed (Joh. 17, 21-22) signaleert het Tweede Vaticaans Concilie een ‘zekere gelijkheid tussen de eenheid van de goddelijke personen en de eenheid van de kinderen Gods in waarheid en liefde’.

De intrinsieke openheid van de menselijke persoon in sociaal opzicht maakt dat een menselijke persoon zelf alleen wordt wat hij moet zijn, als hij zich inzet voor de realisering van het welzijn van medemensen, en dit gaat verder dan slechts de behartiging van gemeenschappelijke belangen. Op het gebied van de gezondheidszorg impliceert het socialiteitsprincipe dat elk lid van de samenleving het eigen leven en andermans leven niet alleen als een persoonlijke waarde, maar ook als een sociale waarde erkent. Het impliceert voor de samenleving als geheel de opdracht het leven en de gezondheid van iedereen zoveel mogelijk in stand te houden. Het leven en de gezondheid zijn een belangrijk onderdeel van het Algemeen Welzijn.

Dat het leven en de gezondheid van de leden van de samenleving onderling met elkaar verwezen zijn, komt op tal van manieren tot uiting. Bij besmettelijke ziekten heeft de zorg voor eigen leven en gezondheid directe gevolgen voor die van anderen en omgekeerd. De gezondheidszorg bestaat uit een veelheid van diensten, aangeboden door een grote variëteit van mensen met uiteenlopende beroepen die met elkaar samenwerken. De financiering van de gezondheidszorg berust op een gezamenlijke inzet van de leden van de samenleving, waarbij van gezonden naar verhouding grote offers kunnen worden gevraagd ten behoeve van medemensen die wat betreft hun gezondheid minder geluk hebben. Bovendien vergt de gezondheidszorg een stelsel van wetten en politieke regelgeving.

Tenslotte valt nog te wijzen op een bijzondere consequentie van het socialiteitsprincipe. In de huidige cultuur van het expressionistische individualisme ziet men de eigen levensbeschouwing en ook ethische opvattingen als rechten die behoren tot de privésfeer, waar anderen zich niet mee hebben te bemoeien en waar zij geen kritiek op mogen uitoefenen. Kort gezegd: wie vindt dat euthanasie geoorloofd is, moet daar een keuze voor kunnen maken en wie tegen actieve levensbeëindiging is, moet er niet toe worden gedwongen, maar mag een ander niet belemmeren om desgewenst voor euthanasie te kunnen kiezen. Dit ligt echter wezenlijk anders, als het eigen leven en dat anderen wordt gezien als een sociale waarde en niet louter de waarde van een individu. Onterecht is de slogan 'wie pornotijdschriften afwijst, moet er dan maar vanaf blijven, dan heeft hij of zij er ook last van.' Pornografie is geen kwestie van autonomie, want zij impliceert in verreweg de meeste gevallen een aantasting van de waardigheid van de vrouw. Het lezen van pornografische tijdschriften door individuen heeft daarom gevolgen voor alle vrouwen. Het menselijke leven van de ene mens vertegenwoordigt dezelfde waarde als dat van de andere, namelijk een intrinsieke waarde. Vanwege deze sociale dimensie van de waarde van het menselijke leven, impliceert het degraderen van de waarde van het leven van de ene mens in bepaald opzicht ook het degraderen van de waarde van andermans leven. Als het zou zijn toegestaan de biologische natuur van de ene mens te instrumentaliseren, dan zou dat ook gelden voor het leven van een ander en omgekeerd. Het socialiteitsprincipe impliceert daarom ook de plicht om openlijk voor de intrinsieke waarde van het menselijke leven uit te komen en ernaar te streven dat deze door middel van adequate wetgeving wordt beschermd.

Een ander belangrijk beginsel met betrekking tot de sociale dimensie van de menselijke persoon is het subsidiariteitsprincipe. In het woord subsidiariteit valt het Latijnse woord *subsidium* te herkennen, dat hulp betekent. Volgens het subsidiariteitsbeginsel is het de taak van de publieke overheid de individuen en de tussengelegen instanties te helpen op eigen kracht die initiatieven te nemen waartoe zij in staat zijn. De publieke overheid moet zich dus niet op ongelegen momenten inmengen in wat enkelingen of groepen ondernemen.

Het subsidiariteitsbeginsel is in de katholieke sociale geïntroduceerd door Pius XI in zijn encycliek *Quadragesimo Anno* uit 1931 (nrs. 79-80). Het oogmerk van dit principe is een middenweg te wijzen tussen twee uitersten. Aan de ene kant betreft dat het ongebreidelde liberaal/kapitalistisch systeem, het ongelimiteerde vrije marktdenken, waarbij de overheid zich in het geheel niet mengt in economische aangelegenheden en individuen die geen kans zien om in hun levensonderhoud te voorzien, aan hun lot overlaat. Aan de andere kant staat het socialistisch/communistisch systeem, dat op economisch gebied alles in handen houdt en aan individuen geen enkel initiatief toestaat. Het subsidiariteitsbeginsel heeft een belangrijke plaats in vrijwel alle sociale encyclieken, ook in de laatste van paus Benedictus XVI, *Caritas in Veritate*, waar het vooral wordt toegepast op de economische verhoudingen tussen rijke en arme volkeren.

Op diverse manieren kan het subsidiariteitsprincipe in de gezondheidszorg onder druk komen te staan. In een verzorgingsstaat, die ook in Nederland bestond tot in de jaren negentig van de vorige eeuw, doet zich het risico voor dat de Staat alle taken op het gebied van de zorg naar zich toetrekt en weinig verantwoordelijkheid en initiatief overlaat aan zieken, familieleden, artsen, verpleegkundigen en instellingen voor gezondheidszorg. Dit impliceert het risico van een verlies aan waardevolle inzet van individuen, groepen en instellingen, een overdreven groei van het overheidsapparaat en toename van bureaucratie, zoals gesignaleerd in de encycliek *Centesimus Annus* uit 1991.

In de huidige situatie, waarin het ideaal van de zorgstaat is verlaten en ook de gezondheidszorg in het krachtenveld van het vrije marktdenken is terechtgekomen, staat de toepassing van het subsidiariteitsprincipe eveneens onder druk, maar dan op een heel andere manier. De overheid stelt zich in de wereld van de gezondheidszorg steeds terughoudender op. Instellingen voor gezondheidszorg moeten met elkaar concurreren

in de verwachting dat daarmee de zorg die wordt aangeboden, tegen lagere kosten kan worden uitgevoerd en van een hogere kwaliteit zal zijn. Het is de vraag of die verwachting uit zal komen. Gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke productie tegen zo laag mogelijke kosten. Een instrument daarvoor is de Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC), waarmee organisaties, zoals ziekenhuizen, een vergoeding een bepaalde behandeling mag declareren voor het totaal van diagnostiek en behandeling in een bepaalde periode. De bedoeling is ziekenhuizen met de prijs van "hun DBC voor een bepaalde behandeling" gaan concurreren met andere ziekenhuizen.

Bij investeringen in medische voorzieningen en apparatuur is een belangrijk criterium het aantal jaren in goede gezondheid dat een bepaalde medische behandeling naar verwachting zal toevoegen aan de levensduur van een patiënt met een bepaalde leeftijd en in een bepaalde conditie. Een bijzonder criterium hiervoor, de QALY (Quality Adjusted Life Years, zie Hoofdstuk VI.1.1.1) is ontwikkeld in de Verenigde Staten in de jaren negentig van de vorige eeuw. De kosten-batenanalyse is een belangrijke factor geworden om te bepalen welke zorg aan welke patiënt wordt aangeboden. Voor palliatieve zorg, speciaal bestemd voor mensen bij wie genezing niet meer mogelijk is, is relatief weinig geld beschikbaar, omdat hierbij de kosten-batenanalyse gelet op het aantal jaren dat mensen in verhouding tot de investering nog te leven hebben in goede gezondheid uiteraard ongunstig uitvalt. De opnameduur in ziekenhuizen is in het algemeen zeer kort, zodat sommige patiënten ontslagen worden op een moment dat zij zichzelf thuis amper kunnen verzorgen. De kosten verbonden aan de menselijke, psychische sociale en pastorale dimensie van de zorg in de thuissituatie na ontslag uit het ziekenhuis wordt in de Diagnose-Behandel-Combinatie niet meeberekend, al zijn deze kosten snel lager dan die van een ziekenhuisopname.

De katholieke sociale leer wijst het marktdenken als zodanig niet volledig af, maar wel – wat Johannes Paulus II noemde – de 'verafgoding van de markt'. Een gematigde vorm van vrije markt hoeft de gezondheidszorg niet per se te ontwrichten, maar het is de vraag of daarmee een goede en voor iedereen toegankelijke zorg het beste is gediend. In ieder geval blijft een directe bemoeienis van de publieke overheid, met inachtneming van het subsidiariteitsprincipe, onontbeerlijk. Met name zal zij erop moeten toezien dat allen in de samenleving, ook zij die lijden aan een ziekte waarvan de behandeling minder lucratief is, voldoende zorg ontvangen. Hierbij zal het een grote uitdaging zijn om te bepalen welke vormen van medische behandeling in het basispakket thuishoren, waar iedereen recht op heeft. De oorzaak van deze uitdaging in gelegen in het feit dat steeds nieuwe en dure therapieën en medische technieken op de markt komen. Als deze allemaal een plaats krijgen in het basispakket, dan zal het budget voor de gezondheidszorg astronomisch stijgen.

Er is nog een obstakel waarop de toepassing van het subsidiariteitsprincipe stuit, als gevolg van het doorschieten van het marktdenken in de gezondheidszorg. Hierdoor is de zeggenschap over het aanbod aan medische diagnostiek en behandeling, de criteria voor de toelating van zieken tot de zorg en de opnameduur in ziekenhuizen grotendeels in handen van de ziektekostenverzekeraars komen te liggen. De samenleving heeft die als het ware in hun handen gelegd. Het is de vraag hoe binnen dit kader de rechtmatige professionele handelingsvrijheid van artsen valt veilig te stellen.

2.2.6 Principes voor het oplossen van conflictsituaties

Er kunnen zich situaties voordoen waarin verschillende waarden tegenover elkaar komen te staan en tegen elkaar lijken te moeten worden afgewogen. Uiteindelijk is men of acht men zich geconfronteerd met een keuze tussen twee kwaden. Bij langdurige kunstmatige beademing kan men zich na enige tijd afvragen of de kans dat

de spontane ademhaling zich herstelt, nog wel opweegt tegen de risico's, de mogelijke complicaties, de te verwachten kwaliteit van leven na eventueel herstel en ook de hoge kosten en de langdurige inzet van personeel. Het staken van de kunstmatige beademing kan echter de dood van de patiënt betekenen. Een openhartoperatie bij een patiënt in een bedenkelijke conditie kan zijn enige kans op levensbehoud zijn, maar ook door ongewenste neveneffecten en complicaties zijn dood betekenen.

Een andere situatie waarin waarden tegenover elkaar lijken te staan, doet zich voor wanneer medewerkers in de gezondheidszorg, die vanwege hun ethische overtuigingen niet willen meewerken aan bepaalde handelingen (bijvoorbeeld abortus provocatus), terwijl hun werkgever dat wel van hen eist. Dit stelt hen voor en lastig dilemma: moeten zij niettegenstaande hun opvattingen toch meewerken of het risico lopen te worden ontslagen, als zij weigeren hun medewerking te verlenen?

Om helderheid te scheppen in conflictsituaties kan men een drietal principes hanteren: het principe van de keuze voor het mindere kwaad, dat van de handeling met dubbel effect en dat van de medewerking aan het kwaad.

2.2.6.1 Het principe van de keuze voor het mindere kwaad

Eenmaal geconfronteerd met een keuze tussen twee kwaden lijkt het voor de hand te liggen een keuze te maken voor het mindere kwaad. Alvorens voorbarige conclusies te trekken is het echter noodzakelijk een drietal distincties te maken.

Op de eerste plaats maakt het een essentieel verschil of men een kwaad *zelf teweegbrengt* of dat men het slechts toelaat. Het laatste kan onder omstandigheden zijn te rechtvaardigen, het eerste niet. De Kerkvader Augustinus is van mening dat de overheid prostitutie niet met wortel en tak hoeft uit te roeien, maar binnen zekere grenzen mag toelaten, om te voorkomen dat mannen die zich niet zouden kunnen beheersen, zich anders aan vrouwen zullen vergrijpen.

Op de tweede plaats moet duidelijk zijn of het om een *fysiek/ontisch* kwaad gaat of een *moreel* kwaad. Met fysiek/ontisch kwaad is hier niet alleen materieel kwaad bedoeld, maar een kwaad dat buiten de morele verantwoordelijkheid van de handelende persoon tot stand komt: het kan variëren van mutilatie, dood, verlies van baan, verslechterde betrekkingen met medemensen tot het verlies van de vrijheid. Zoals eerder uiteengezet (Hoofdstuk I,1,2,1) mag men geen moreel kwaad verrichten om een fysiek kwaad te voorkomen, ook al ziet men het eerste als het mindere kwaad. Het morele kwaad is belangrijker dan het fysieke kwaad, omdat het onze relatie met God betreft.

Op de derde plaats moet men zich bewust zijn van het onderscheid tussen waarden en normen enerzijds en de *toepassing* ervan anderzijds. Een conflict tussen waarden en normen is intrinsiek onmogelijk. Was zo'n conflict mogelijk, dan zou men een tegenstrijdigheid in de scheppingsordening en daarmee ook in God moeten aannemen. Daarentegen is het wel mogelijk dat zich bij de toepassing van normen op concrete situaties conflicten voordoen. Dit heeft te maken met het feit dat als gevolg van de erfzonde niet alles in de schepping volgens Gods oorspronkelijke bedoelingen verloopt, mensen door moreel verkeerde handelen voor medemensen complexe situaties creëren die hen voor morele dilemma's stellen en het gegeven dat het menselijke kenvermogen niet volmaakt is en situaties en omstandigheden verschillend en ook verkeerd kunnen worden beoordeeld of ingeschat.

Bij een keuze twee *fysieke of ontische* kwaden is het evident dat in de regel voor het mindere kwaad zal worden gekozen. Dat hoeft echter niet per se. Een patiënt die lijdt aan een pijnlijke aandoening, kan ervoor kiezen af te zien van intensieve pijnbestrijding met het doel het bewustzijn helder te houden om te kunnen communiceren

met de omgeving en om vanuit christelijk perspectief een godsdienstige betekenis te kunnen geven aan het lijden. Hij geeft dan de voorkeur aan het grotere kwaad, namelijk de hevige pijn, boven een verminderd bewustzijn. Dit kan een goed te verantwoorden keuze zijn, tenzij pijn iemand tot wanhoop drijft. In dat geval zal moeten worden gekozen voor adequate pijnbestrijding.

Bij de keuze tussen een fysiek/ontisch kwaad en een moreel kwaad zal men het eerste kiezen. De martelaren zagen zich voor de keuze gesteld ofwel Christus te verloochenen, ofwel de marteldood te ondergaan. Zij kozen voor de marteldood als het mindere kwaad. Hun marteldood was geen suïcide. De schuld voor hun sterven lag bij diegenen die hun de marteldood aandeden. Ze verkozen het toelaten van hun dood – vanuit hun perspectief een fysiek/ontisch kwaad, omdat ze er niet debet aan waren – boven een moreel slechte keuze, namelijk het verloochenen van Christus.

Het kan ook gaan om een keuze tussen twee *moreel* kwaden. In dat geval zullen beide moeten worden geweigerd. Het klassieke voorbeeld is dat van de principieel katholieke arts die door zijn patiënte voor de keuze wordt geplaatst ofwel haar nu anticonceptiva voor te schrijven (het mindere kwaad), of anders een abortus te verrichten als ze ongewenst zwanger mocht worden (het grotere kwaad). De arts moet geen van beide kiezen, omdat het naar zijn overtuiging alle twee moreel verkeerde handelingen zijn. Het verwijt dat hij door zijn weigering een recept voor anticonceptiva te geven de oorzaak is van een eventuele abortus provocatus, die bij eventuele ongewenste zwangerschap door een andere arts zal worden verricht, is niet steekhoudend. Niet hij, maar een ander voert de abortus uit. Bovendien zijn er alternatieven om een ongewenste zwangerschap te voorkomen. Hij kan voor een eventuele abortus dan ook niet verantwoordelijk worden gehouden.

Een enkele keer komen situaties voor waarin iemand het idee heeft dat hij voor de keuze staat tussen twee moreel kwade handelingen en noodgedwongen moet kiezen voor een van beide. Welke keuze hij ook maakt, hij verricht in zijn ogen een moreel verwerpelijke handeling. Er is dan sprake van een *perplex geweten*, een bijzondere vorm van het dwalend geweten. De persoon in kwestie ziet geen enkele uitweg om aan het dilemma te ontkomen. Hem ontbreken de tijd en de mogelijkheden om zich meer zekerheid te verschaffen. Zo kan een arts bij een patiënt met een acute hartstilstand zich voor een lelijk dilemma geplaatst zien: als hij niet ingrijpt, zal de patiënt naar alle waarschijnlijkheid overlijden; als hij hem probeert te reanimeren, bestaat het risico dat na het herstel van de spontane ademhaling en de hartslag de patiënt in een persisterend vegetatieve staat terechtkomt, ernstige neurologische restverschijnselen overhoudt.

Zoals boven gezegd is een objectief conflict tussen waarden en normen intrinsiek ondenkbaar. In genoemd voorbeeld van de arts die plotseling voor de beslissing staat wat te doen bij een acute hartstilstand, is een van beide keuzen, wel of niet ingrijpen, de juiste en daarmee ook ethisch te verantwoorden. Het gaat niet om een keuze tussen twee ethisch verkeerde beslissingen, waaraan niet te ontkomen valt. Op het moment dat hij moet beslissen, kan hij dat echter niet met zekerheid uitmaken. Onder de stress van dat ogenblik heeft hij een *perplex geweten*.

Een ander voorbeeld betreft een situatie die bij gevangenen in Duitse concentratiekampen gedurende de tweede wereldoorlog wel voorkwam: zij kregen het bevel zelf enkelen uit hun midden aan te wijzen als proefpersonen voor dodelijke medische experimenten. Weigerden zij dat, dan zouden de kampbewakers de slachtoffers aanwijzen. In het laatste geval was het aantal echter groter, dan wanneer de gevangenen zelf de keuze zouden hebben gemaakt. Men kan zich voorstellen dat uitgeputte en uitgehongerde gevangenen in zo'n stressvolle situatie, zich medeverantwoordelijk achtten voor het grotere aantal slachtoffers, als zij weigerden om die zelf aan te wijzen. Een nuchtere analyse van de geschetste casus leert dat de gevangenen door zelf de slachtoffers aan te wijzen zichzelf medeplichtig maakten aan de selectie van proefpersonen voor laakbare

medische experimenten. Zij hadden zich van een keuze moeten onthouden. Omdat ze in hun conditie en in de gegeven omstandigheden niet tot deze analyse in staat waren, zou het tot op zekere hoogte zijn te begrijpen, als ze besloten hadden zelf de proefpersonen te selecteren met als doel hun aantal te beperken. Zij zouden dan hebben gekozen voor wat in hun ogen het mindere morele kwaad was. De klassieke katholieke moraaltheologie gaat er vanuit dat mensen met een perplex geweten, die de naar hun overtuiging minder kwade handeling verrichten, formeel geen kwaad begaan en hen daarom subjectief geen schuld kan worden verweten. Die keuze voor het mindere kwaad wordt dan gezien als een uiting van hun goede wil. *Materieel* is echter wel degelijk sprake van een moreel verkeerde handeling.

2.2.6.2 Het principe van de handeling met dubbel effect

Vrijwel elke medische behandeling brengt het risico van neveneffecten met zich mee. Het kan om een gering risico gaan en om lichte bijwerkingen. Het risico kan ook groot zijn en in een aantal gevallen gaat het om ernstige neveneffecten, eventueel met het risico dat de betrokken patiënt als gevolg ervan overlijdt. Het is duidelijk dat bijwerkingen in principe zoveel mogelijk dienen te worden vermeden, maar dat is vaak niet mogelijk. Dit geldt trouwens voor alle sectoren van het leven: deelname aan het verkeer impliceert het risico van een verkeersongeluk, niet zelden met ernstige, eventueel blijvende gevolgen voor de lichamelijke conditie of een dodelijke afloop. Zonder deelname aan het verkeer is deelname aan het maatschappelijk leven echter onmogelijk. Bovendien is de kans op een ernstig verkeersongeluk naar verhouding heel gering. Daarom nemen we allemaal aan het verkeer mee en accepteren we op goede gronden de risico's ervan.

Het risico van neveneffecten valt te rechtvaardigen op basis van het principe van de handeling met dubbel effect. Dit is een handeling met enerzijds een *beoogd positief effect* – de genezing van een aandoening – en anderzijds een *negatief neveneffect* – de bijwerking van de medische behandeling. Het beoogde effect is ofwel het *doel* (de genezing), ofwel het *middel* (de therapie). In de klassieke katholieke moraaltheologie heet het beoogde effect het *directe effect*; in meer algemeen taalgebruik spreekt men van het hoofdeffect. Het neveneffect, dat op zich ongewenst is, neemt men op de koop toe om het hoofdeffect te kunnen realiseren. In de klassieke katholieke moraaltheologie wordt het neveneffect aangeduid als het *indirecte effect*.

Chemotherapie heeft als hoofdeffect de genezing van een kwaadaardige tumor. Daarnaast heeft zij een aantal ongewenste neveneffecten, die echter aanvaard dienen te worden, als men de behandeling wil toepassen: onder meer misselijkheid, haaruitval en remming van de aanmaak van bloedcellen in het beenmerg. Door gebrek aan erythrocyten ontstaat anemie, het gebrek aan witte bloedcellen ondermijnt de immunologische afweer tegen infectieziekten en als gevolg van het gebrek aan trombocyten kunnen ernstig bloedingen optreden. Kortom, chemotherapie kan met levensbedreigende complicaties gepaard gaan. Het nemen van het risico dat deze neveneffecten optreden, valt te rechtvaardigen, wanneer voldaan is aan de vier voorwaarden van het principe van de handeling met dubbel effect.

1. De handeling op zich moet goed zijn of indifferent, maar mag geen intrinsiek kwaad zijn: aan deze voorwaarde, die uiteraard voor alle handelingen geldt, voldoet chemotherapie. Zou de handeling daarentegen de instrumentalisering van het menselijk lichaam inhouden of zou het gaan om levensbeëindigend handelen, dan zou zij intrinsiek verkeerd en daarom op zich ongeoorloofd zijn.
2. Het goede effect mag niet worden gerealiseerd door de negatieve bijwerking: om deze voorwaarde kan men uiteraard niet heen; als het negatieve effect de oorzaak zou zijn van het beoogde positieve effect, dan zou het geen neveneffect, maar een hoofdeffect zijn en zou het principe van de handeling met dubbel effect geen toepassing kunnen vinden; de genezing van de kwaadaardige tumor is bij

- chemotherapie niet het gevolg van de neveneffecten; ook aan deze voorwaarde is daarom voldaan.
3. De intentie moet goed zijn, dat wil zeggen het negatieve mag slechts als neveneffect worden toegelaten: deze voorwaarde hangt rechtstreeks samen met de voorafgaande. De negatieve effecten kunnen hooguit als neveneffect, maar niet als hoofdeffect worden gerechtvaardigd.
 4. Er moet een naar verhouding voldoende ernstige reden zijn om het toelaten van het negatieve neveneffect te rechtvaardigen.

Wanneer kan men spreken van een naar verhouding voldoende ernstige reden? Een tweetal aanvullende regels kunnen bij de beantwoording van deze vraag behulpzaam zijn:

1. In ieder geval dienen het positieve hoofdeffect en het negatieve neveneffect minstens gelijkwaardig te zijn: er moet een waarde op het spel staan die minstens gelijk is aan de waarde die als gevolg van de bijwerking wordt opgeofferd. Tegenover de neveneffecten van chemotherapie, die bij een verzwakte patiënt levensgevaarlijk kunnen zijn, staat dat zonder chemotherapie de zieke vrijwel zeker aan zijn kwaadaardige aandoening zal overlijden. Het risico van dodelijke complicaties weegt op tegen het risico dat de patiënt zonder behandeling aan zijn ziekte overlijdt.
2. Een tweede aanvullende voorwaarde is dat er geen alternatieve behandeling voorhanden is met hetzelfde therapeutisch effect, maar met minder kans op schadelijke neveneffecten.

Gesuggereerd is wel dat het principe van de handeling met dubbel effect zou dienen om recht te praten wat krom is. Zo vraagt Kuitert zich af of het onderscheid tussen directe en indirecte euthanasie, dat wil zeggen tussen euthanasie als hoofdeffect en als neveneffect niet op een 'drogreden' berust: zou men daarom als men indirecte euthanasie aanvaardt, ook niet directe euthanasie moeten aanvaarden? . Indirecte euthanasie betreft de situatie, waarin een zieke die lijdt aan ernstige pijn, zware analgetica krijgt toegediend, waardoor het levenseinde wordt bespoedigd. Dit is volgens het principe van de handeling met dubbel effect aanvaardbaar als neveneffect, mits er geen alternatief is om de pijn tot draagbare proporties terug te brengen. Paus Pius XII heeft voor de toepassing van het principe van de handeling met dubbel effect op de indirecte euthanasie duidelijke uitspraken gedaan . Kuitert vergist zich in de nadere uitleg die hij aan het principe van de handeling met dubbel effect geeft. Volgens hem heeft de toepassing van het principe tot doel aan te tonen dat het neveneffect (de bespoediging van het levenseinde) weliswaar voorzien, maar niet gewild is. Dit is echter onjuist. Het principe van de handeling met dubbel effect veronderstelt dat men het neveneffect *willens en wetens* accepteert. Het verschil ligt besloten in de *wijze* waarop men het hoofdeffect en het neveneffect wil aanvaarden: het neveneffect is niet *op zich*, dat wil zeggen als doel of middel, maar slechts *als bijwerking* gewild. Men neemt het risico van levensverkorting *willens en wetens* op de koop toe om de pijn tot redelijke proporties terug te brengen. Het is geoorloofd om de bespoediging van het leven als neveneffect van medische behandeling te aanvaarden, omdat de levensbeëindiging dan niet het middel is om de pijn te bestrijden en het leven niet wordt geïnstrumentaliseerd. De voorwaarde is uiteraard dat de dosering van de analgetica is afgestemd op wat nodig is voor de pijnbestrijding en daar niet bovenuit gaat; anders is de levensbeëindiging het middel en dus het hoofdeffect.

2.2.6.3 Het principe van de medewerking aan het kwaad

Medewerkers in de gezondheidszorg kunnen tegen lastige gewetensvragen aanlopen, wanneer hun medewerking is vereist aan handelingen die volgens hun overtuiging moreel ongeoorloofd zijn. Dit ondervonden

in het verleden artsen die tijdens de nationaal-socialistische overheersing onder druk werden gezet mee te werken aan de uitvoering van rassenwetten. In onze tijd kunnen katholieke medewerkers als gevolg van de brede maatschappelijke acceptatie van abortus provocatus en euthanasie in een precare positie komen te verkeren, als zij hieraan om principiële reden niet willen meewerken. Een jonge arts die gynaecoloog wil worden, maar abortus provocatus afwijst kan moeite ondervinden bij het zoeken naar een opleidingsplaats. Verpleegkundigen kunnen hun baan verliezen als zij om principiële reden weigeren mee te werken aan abortus provocatus.

In principe moet men geen medewerking verlenen aan moreel ongeoorloofde handelingen. Een categorische afwijzing daarvan is echter in de praktijk niet houdbaar. Ieder die van de weg gebruikt maakt, levert – hoe gering ook – een zekere bijdrage aan het grote aantal slachtoffers dat het verkeer jaarlijks aan tol eist. Toch kan niemand zich aan deelname aan het verkeer onttrekken. De farmaceutische industrie die morfineachtige middelen produceert, maakt tot op zekere hoogte drugsverslaving mogelijk. De moleculair bioloog die in dierproeven de mogelijkheden van de gentechnologie onderzoekt, vergaart kennis die later door anderen ten goede, maar ook ten kwade bij mensen kan worden toegepast.

In een aantal gevallen kan de weigering van medewerking aan ongeoorloofde zelfs een vorm van laakbare nalatigheid zijn. Ook al zal de overheid met de belastinggelden die zij int, een aantal moreel bedenkelijke zaken financieren, toch moet men belasting betalen teneinde het algemeen Welzijn te garanderen. Hetzelfde geldt voor de ziektekostenverzekering. Het is onverantwoord om geen ziektekostenverzekering af te sluiten, hoewel een deel van de afgedragen premie besteed kan worden aan ingrepen waar men in geweten niet achterstaat.

Een ander aspect is dat men ook rekening zal houden met de mate van betrokkenheid bij het verrichten van ongeoorloofde handeling. Bij abortus provocatus bestaat er een groot verschil ten aanzien van de bijdrage die door de verpleegkundige die in de operatiekamer de aborterende gynaecoloog assisteert, de verpleegkundige die de daarvoor gebruikte instrumenten steriliseert, de verpleegkundige die patiënten die een abortus provocatus ondergaan op zaal verzorgt en de medewerkster op de administratie die de rekeningen voor een verrichte abortus provocatus typt en verzendt.

Om de mate van betrokkenheid bij de uitvoering van ongeoorloofde handelingen te kunnen analyseren en wegen, is het principe van de medewerking aan het kwaad ontwikkeld. De klassieke formulering ervan danken we aan de grote moraaltheoloog en stichter van de congregatie van de Redemptoristen Alphonsus de' Liguori (1696-1787). Deze formulering treft men aan vanaf de tweede editie van zijn standaardwerk *Theologia Moralis* (tomus I, liber III, tractatus III, caput I, dubium V, articulus III; vgl. . Voor een historische studie over het principe van de medewerking aan het kwaad zie men het artikel van Roy .

Feitelijk is het principe van de medewerking aan het kwaad een bijzondere toepassing van het principe van de handeling met dubbel effect in een geval van indirecte materiële medewerking. Het doel dat de medewerker aan bijvoorbeeld abortus provocatus voor ogen staat, is bij indirecte materiële medewerking niet de dood van de foetus, maar het voorzien in zijn levensonderhoud of de vervulling van een roeping. Binnen het kader hiervan verricht hij handelingen die bij een indirecte vorm van medewerking geen operationele eenheid vormen met de abortus als zodanig, zoals patiënten verzorgen op zaal die een abortus ondergaan of rekeningen schrijven op de administratie voor een verrichte abortus provocatus. De dood van de foetus is voor hem geen middel om in zijn levensonderhoud te voorzien of zijn levensroeping te vervullen. In dit geval is de dood van de foetus geen hoofdeffect (middel of doel) van zijn handeling, maar een neveneffect, waardoor het principe van de handeling met dubbel effect van toepassing kan zijn .

De formulering van het principe van de medewerking aan het kwaad en de daaruit voortvloeiende distincties



tussen de diverse soorten ervan lopen in de diverse handboeken niet geheel parallel; wij volgen hier A. Tanquerey. Het principe is gebaseerd op een tweetal distincties: het onderscheid tussen formele en materiële medewerking en dat tussen directe en indirecte medewerking.

1. Van *formele* medewerking is sprake als men instemt met wat de hoofdpersoon doet. Verpleegkundigen die meewerken aan een abortus provocatus, kunnen het ermee eens zijn dat die wordt verricht. Dan is hun medewerking formeel en maken zij zich de intentie van de hoofdpersoon eigen. Omdat een kwade intentie welke handeling dan ook moreel ongeoorloofd maakt, is formele medewerking aan een kwade handeling nooit te rechtvaardigen.

In genoemd voorbeeld hebben de medewerkers uitdrukkelijk dezelfde intentie als de hoofdpersoon. Hun medewerking is *expliciet* formeel. Het kan voorkomen dat de medewerker uit zichzelf niet zou doen wat de hoofdpersoon doet, maar wel een activiteit verricht die geen ander doel kan dienen dan dat van de hoofdpersoon. De boekhandelaar zelf is misschien niet geïnteresseerd in pornografische tijdschriften, maar als hij ze verkoopt kan dat maar één doel dienen. Daarom deelt hij in de intentie van de klant. Deze vorm van medewerking heet *impliciet* formeel.

Van *materiële* medewerking is sprake als iemand weliswaar meewerkt aan een handeling, maar er niet mee instemt dat die plaatsvindt. Dit is het geval bij de verpleegkundige die het onder andere bij abortus provocatus gebruikte instrumentarium steriliseert, terwijl zij die principieel afwijst.

Materiële medewerking aan een kwade handeling is uiteraard in principe eveneens ongeoorloofd. Een zekere betrokkenheid bij kwade handelingen is echter in veel gevallen moeilijk of zelfs helemaal niet te vermijden, zoals we boven hebben gezien. Tevens kan de weigering van medewerking zware consequenties hebben zoals het verlies van een betrekking. Categorische afwijzing van elke vorm van medewerking aan ongeoorloofde handelingen zou betekenen dat katholieken in bepaalde sectoren van de gezondheidszorg niet meer werkzaam zouden kunnen zijn. Om te bezien of materiële medewerking onder bepaalde omstandigheden gerechtvaardigd kan worden, hanteert de katholieke moraaltheologie het onderscheid tussen directe en indirecte medewerking.

2. Medewerking is *direct*, als de handeling van de hoofdpersoon en die van de medewerking samen één operationele eenheid vormen: de assistentie van een operatieverpleegkundige bij een abortus provocatus is directe medewerking, omdat zijn bijdrage één operationele eenheid met de handeling van de aborterende arts vormt. In praktisch alle gevallen is directe medewerking onaanvaardbaar, omdat zij op zijn minst tevens impliciet formeel is. Met het assisteren bij een abortus provocatus kan men als primair effect immers niets anders beogen dan de dood van de foetus. Een ander voorbeeld van directe en impliciet formele medewerking betreft de injectie van een euthanaticum door de verpleegkundige op last van de arts.

Slechts zeer zelden zal directe medewerking materieel zijn. Dat is bijvoorbeeld het geval wanneer iemand door overvallers met een pistool tegen het voorhoofd wordt gedwongen om de gestolen goederen naar hun auto te dragen. Zijn medewerking is direct, omdat wat hij doet onderdeel uitmaakt van de overval als zodanig, maar tevens materieel, omdat hij niet met de overval instemt. Het is van belang zich te realiseren dat handelingen die op zich geen operationele eenheid met



elkaar vormen, dat bij afspraak – bijvoorbeeld in de vorm van een protocol – wel kunnen worden. Een geneticus die bij onderzoek van door prenatale diagnostiek verkregen materiaal een erfelijke afwijking bij een ongeborn kind vaststelt, levert in het algemeen indirecte medewerking aan de eruit voortvloeiende selectieve abortus provocatus. In veel gevallen is de uitslag negatief en daarom geruststellend. Bovendien kan een prenatale diagnose in enkele gevallen aanleiding zijn tot het instellen een intra-uteriene therapie, zij het ook dat deze nog in een experimentele fase verkeert. Is echter in de betreffende instelling bij protocol vastgelegd dat de vaststelling van bepaalde erfelijke deviaties tot abortus provocatus leidt, dan wordt zijn medewerking hieraan direct en tegelijkertijd ook impliciet formeel, om reden waarvan zij aldus Sgreccia dient te worden geweigerd (Sgreccia 1988a, 195; Donum Vitae I, 2) Het protocol bundelt een aantal fysiek van elkaar gescheiden handelingen tot één operationele eenheid.

Een dergelijke koppeling doet zich ook voor bij foetale weefsel- en orgaantransplantatie. Het transplantatieteam moet om de gewenste weefsels en organen in bruikbare staat in handen te krijgen afspraken maken met de aborterende arts (van Laar 1994, 147-148; Sgreccia 1988b, 870-871). Zolang dergelijke afspraken niet nodig zijn voor wetenschappelijk research van door abortus verkregen embryonaal of foetaal weefsel, kan de betrokkenheid van de onderzoeker aan abortus indirect en materieel zijn. Dan hoeft zijn onderzoek van weefsel of organen afkomstig van dode foetussen niet per se te worden afgewezen (Sgreccia 1988a, 424-425).

Hoewel bij abortus provocatus het steriliseren van de instrumenten in de operatiekamer, het verzorgen van patiënten op zaal en het typen en verzenden van de rekeningen tot op zekere hoogte een bijdrage zijn aan de dood van de foetus, vormen genoemde handelingen geen operationele eenheid met de vruchtafdrijving. Genoemde handelen dienen – tenminste in een algemeen ziekenhuis – verschillende doeleinden. Zij zijn daarom voorbeelden van indirecte medewerking. Zouden zij worden verricht in een abortuskliniek, dan lag de situatie anders. Dan kunnen zij immers maar één doel dienen, namelijk abortus provocatus, en daarom gelijkstaan met impliciet formele medewerking, die ongeoorloofd is.

Indirecte materiële medewerking aan ongeoorloofde handelingen van anderen kan onder strikte condities in een aantal gevallen zijn te rechtvaardigen.

1. De eerste, voor de hand liggende voorwaarde is dat wat de medewerker zelf doet, op zich een geoorloofde handeling is. Dit is het geval bij het steriliseren van instrumenten op de operatiekamer, het verzorgen van patiënten op zaal en het typen en versturen van rekeningen, ook al zijn deze handelingen in de concrete situatie aan een abortus provocatus gerelateerd.
2. De tweede voorwaarde houdt in dat de medewerker een naar verhouding voldoende ernstige reden heeft om mee te werken aan een ongeoorloofde handeling. Om dat te beoordelen dient een aantal factoren te worden afgewogen: gaat het om medewerking aan een ernstig of *minder ernstig* kwaad, is het *nabije* of *verwijderde* medewerking, is medewerking *noodzakelijk* of niet, heeft de weigering van medewerking *ongeproportioneerde consequenties* in vergelijking met de ernst van het kwaad waaraan wordt meegewerkt, en bestaat er kans op het geven van ergernis?

De ernst van het kwaad waaraan een bijdrage wordt geleverd, speelt uiteraard een cruciale rol. Een zwaardere reden is nodig om medewerking aan abortus provocatus te legitimeren dan medewerking aan een leugen om iemands reputatie te redden.

Voorts zal degene die nabije medewerking verleent, zoals de verpleegkundige die de mede voor abortus provocatus gebruikte instrumenten op de operatiekamer steriliseert, een ernstiger reden ter rechtvaardiging ervan moeten hebben dan de medewerkster, wier medewerking aan deze ingreep in de vorm van het typen van de rekeningen als een verwijderde vorm van medewerking kan worden gekwalificeerd.

In een kleiner perifeer ziekenhuis is het denkbaar dat iemands medewerking noodzakelijk is, dat wil zeggen dat zonder zijn medewerking de hoofdpersoon de moreel ongeoorloofde handeling niet kan verrichten. Als een ziekenhuis slechts één anesthesist heeft, dan kan hij door te weigeren narcose te geven de gynaecoloog verhinderen om een abortus te doen. De medewerking van de anesthesist is dan noodzakelijk. Omdat hij in dit geval door geen narcose te geven de abortus kan voorkomen, is moeilijk in te zien om welke reden hij dat dan toch zou doen. In een groot algemeen ziekenhuis ligt dat anders. O'Donnell, die overigens zeer strikt is, acht het niet uitgesloten dat een anesthesist in opleiding in een groot algemeen ziekenhuis, voor het geven van narcose bij een abortus provocatus een naar verhouding voldoende ernstige reden zou kunnen hebben, wanneer hij bij weigering ervan het risico zou lopen zijn opleidingsplaats te verliezen. De reden is dat er in een groot ziekenhuis altijd meerdere anesthesisten werkzaam zijn en daarom de medewerking van de anesthesist in opleiding niet noodzakelijk is. Een ander zou immers zonder problemen zijn taak kunnen overnemen. Hij kan dan de abortus niet tegenhouden door zijn medewerking te weigeren.

Wie tegen abortus provocatus is, maar er toch zij het ook indirecte materiële medewerking aan verleent, moet zich afvragen of hij daardoor geen ergernis verwekt (in het Latijn scandalum). Met ergernis wordt in dit verband bedoeld dat men door een daad die op zich niet laakbaar hoeft te zijn, het normbesef van anderen ondermijnt of verzwakt, waardoor zij eventueel tot moreel ongeoorloofd handelen zouden kunnen worden verleid. Wanneer een katholiek aan abortus provocatus – zij het ook indirecte materiële – medewerking zou verlenen, dan zouden omstanders de indruk kunnen krijgen dat abortus op bepaalde indicaties en onder bepaalde omstandigheden toch acceptabel is. De plicht om ergernis te vermijden weegt zwaarder voor Rooms-katholieke instituten dan voor individuen. De eerste hebben door predicaat als rooms-katholiek instituut op levensbeschouwelijk gebied een veel uitdrukkelijker uitstraling.

Dit scheidt bij tijd en wijlen een bijzonder moeilijke situatie voor raden van toezicht en besturen van ziekenhuizen die bijvoorbeeld abortus provocatus en euthanasie afwijzen, maar geconfronteerd worden met artsen die deze handelingen binnen hun instellingen verrichten. Artsen zijn als regel in dit opzicht tamelijk onafhankelijk, zeker als zij niet in dienstverband werken. Als de wet genoemde handelingen toestaat, dan staan raden van toezicht en besturen vaak machteloos. Hooguit kunnen zij dan door het opstellen van protocollen en beleidslijnen met betrekking tot abortus provocatus en euthanasie proberen te verhinderen, maar dat lukt altijd met betrekking tot de feitelijke verrichting ervan door individuele artsen.

Religieuzen die in de gezondheidszorg werkzaam staan in dit opzicht voor soms heel pijnlijke keuzes. In Nederland, waar dit probleem zich enkele tientallen jaren geleden voordeed, hebben religieuzen zich geheel uit de gezondheidszorg teruggetrokken; in sommige Europese landen is dit echter nog een actueel vraagstuk. Dit geldt ook wanneer zij niet als operatieverpleegkundigen bij abortus betrokken zijn en er alleen indirecte materiële medewerking aan verlenen. Zich terugtrekken uit het ziekenhuis betekent dat zij niet meer in de gelegenheid zijn patiënten op godsdienstig gebied bij te staan, hetgeen zeker een verlies is. Anderzijds rust op de schouders van religieuzen een nog zwaardere plicht om te getuigen van het christelijke geloof dan op die

van christenen in het algemeen. Günthör is daarom van mening dat zij – zeker als zij de kliniek in beheer hebben en ook zeggenschap hebben bij de benoeming van artsen – geen indirecte materiële medewerking aan abortus provocatus moeten verlenen vanwege het grote risico van ergernis en zich uit het ziekenhuis moeten terugtrekken .

IV.1.5 Preventieve geneeskunde

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

F.J. van Ittersum en L.J.M. Hendriks

1.5.1 Preventieve diagnostiek en preventieve behandeling

1.5.1.1 Verschuiving van nadruk op therapeutische naar preventieve geneeskunde in de 20ste eeuw

In de tweede helft van de 20e eeuw is de aandacht in de geneeskunde meer verschoven naar het voorkómen en vroegtijdig opsporen van ziektes, ook al gaat veel aandacht van artsen en verpleegkundigen nog altijd uit naar het genezen van ziektes of aandoeningen en het verlichten van symptomen daarvan. Voorbeelden van het voorkomen van ziektes zijn het nemen van hygiënische maatregelen om de verspreiding van infectieziekten te voorkomen, vaccinaties om met name de irreversibele complicaties van infectieziekten drastisch te laten afnemen, behandeling van mild verhoogde bloedglucosewaarden, mild verhoogde bloeddrukwaarden of cholesterolwaarden om het ontstaan van hart- en vaatziekten op de middellange termijn te verminderen. Het geven van leefstijladviezen zoals stoppen met roken of beperken van het gebruik van alcohol valt ook onder preventieve geneeskunde. Voorbeelden van het vroegtijdig opsporen van ziektes zijn allereerst de lopende bevolkingsonderzoeken: cervixcarcinoom (baarmoederhalskanker), mamacarcinoom (borstkanker) en coloncarcinoom (dikkedarmkanker). Daarnaast zijn er specifieke risicogroepen die gescreend worden op de aanwezigheid van bepaalde aandoeningen, met name mensen met familieleden met een genetisch bepaalde aandoening.

De personen die preventief onderzoek ondergaan of preventieve leefstijladviezen of behandelingen krijgen, hebben bijna nooit klachten van de aandoening waar preventie zich op richt, maar worden hopelijk óf in een eerder stadium behandeld waardoor hun kans op genezing toeneemt óf worden behoed voor blijvende ziekteverschijnselen of lichamelijke of geestelijk beperkingen in de toekomst.

Al is het moeilijk aan te tonen, het is aannemelijk dat de genoemde vormen van preventieve geneeskunde in de 20ste eeuw in belangrijke mate hebben bijgedragen aan de toename van de levensverwachting die er in die periode is opgetreden. De daling van het aantal tuberculosegevallen is met name het gevolg van verbeterde hygiëne en woonomstandigheden en niet van de komst van de tuberculostatica, antibiotica waarmee de *Mycobacterium tuberculosis* bacillen bestreden kunnen worden; de daling van het aantal Cardiovasculaire Accidenten (CVA's, beroertes) is mede het gevolg van betere behandeling van asymptomatisch verhoogde bloeddruk. Ook is er veel te verwachten van de afname van het aantal rokers op het aantal mensen dat Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD, voorheen emfyseem) of longkanker krijgt. Omdat deze ziektes nog vele jaren na het staken van het roken kunnen optreden, moet de maximale winst hiervan nog worden behaald.

Bij preventie halen niet alle onderzochte (gescreende) of behandelde individuen winst uit de preventieve

maatregelen of behandelingen. Niet iedere vrouw die een uitstrijkje laat maken krijgt ooit een cervixcarcinoom, niet iedereen met een langdurig verhoogde bloeddruk krijgt een CVA. Er zal dus een bepaald aantal mensen moeten worden onderzocht of behandeld om bij één persoon een ziektegeval vast te stellen of, in geval van behandeling, een complicatie te voorkomen. In de epidemiologie staan deze aantallen bekend als Number Needed to Screen (NNS) en Number Needed to Treat (NNT). Om bijvoorbeeld één geval van cervixcarcinoom te voorkomen moesten in het jaar 2000 2560 vrouwen een uitstrijkje laten maken: het NNS is dan 2560. Als gedurende 5 jaar 100 mensen moeten worden behandeld voor verhoogde bloeddruk om één CVA te voorkomen is het NNT gedurende 5 jaar 100.

NNS en NNT zeggen dus iets over de effectiviteit van respectievelijk de screening en de preventieve behandeling en daarmee iets over de kosten. In geval van een NNS of NNT van 20 zijn de kosten van screening of preventieve behandeling in relatie tot het ene ziektegeval dat wordt ontdekt of voorkomen veel lager dan wanneer het NNS of NNT 1000 zou zijn geweest. De kosten hangen vanzelfsprekend ook nog af van de prijs van één screeningsonderzoek of één preventieve behandeling. Het gaat om de kosten van laboratorium- of röntgenonderzoek of de kosten van het gebruik van bloeddrukverlagende geneesmiddelen gedurende het aantal jaren van de NNT.

NNS en NNT bepalen samen met de kosten van screening of behandeling van één persoon de financiële last die een preventieprogramma op de maatschappij legt.

1.5.1.2 Ethische analyse van de preventieve geneeskunde

De Rooms-katholieke moraal maakt op zich geen verschil tussen de ethische beoordeling van het behandelen van al aanwezige ziektes of die van het voorkomen ervan. Preventie van ziektes is onderdeel van de plicht van de mens om voor zijn gezondheid te zorgen. In deze zin kan het worden gezien als een variant van behandelen. De beperkte voorzienigheid die de mens heeft als vrij en redelijk wezen vergt dat hij naar het mogelijke verantwoordelijkheid neemt voor de preventie van aandoeningen die hij mogelijk in de toekomst kan oplopen (dit gegeven wordt nader uitgewerkt in paragraaf 2.3 van deze sectie). Essentieel is dat de preventieve handeling op zich moreel verantwoord is en dat geneesmiddelen of vaccins die daarvoor worden gebruikt in principe op een moreel verantwoorde wijze zijn geproduceerd. Omdat preventieve geneeskunde evenals therapeutische geneeskunde tot doel heeft het leven en/of de gezondheid van de menselijke persoon in zijn totaliteit te beschermen, kan zij – voor zover zij de lichamelijke integriteit aantast, op basis van het *therapeutische principe* worden gelegitimeerd (zie Hoofdstuk 1.2.2.3).

Daarnaast zijn aan preventieve geneeskunde sociaal-ethische afwegingen verbonden. Het geldt dat wordt uitgegeven aan preventieve geneeskunde kan niet worden besteed aan andere collectieve uitgaven zoals die voor onderwijs, infrastructuur of ondersteuning van zwakken in de samenleving. Daarom behoeven de kosten van preventieve behandelingen een maatschappelijke en politieke afweging. Het algemeen welzijn (Hoofdstuk VII, Inleiding) en de principes van socialiteit en solidariteit (zie Hoofdstuk 1.2.2.5) vergen dat preventieprogramma's beschikbaar moeten zijn voor iedereen die er baat bij kan hebben, ongeacht zijn financiële middelen.

In landen waar gezondheidszorg voor een groot deel collectief gefinancierd wordt, moet rekening worden gehouden met de (financiële) last die preventieve gezondheidsprogramma's voor de maatschappij betekenen. Daarvoor dienen economische analyses van preventieve programma's plaats te vinden. Conclusies van dergelijke analyses zijn eenvoudig en eenduidig als een preventieprogramma goedkoper blijkt dan de kosten

van het behandelen van ziektes en aandoeningen en de gevolgen ervan, waaronder die van de desbetreffende behandelingen, ziekenhuisopnames en opnames in verpleegtehuizen. Zoals al uiteengezet in Hoofdstuk VI.1.1.1, vallen de resultaten van economische analyses ongunstig uit als er zonder toepassing van preventiemaatregelen veel mensen overlijden, terwijl bij de toepassing ervan veel mensen overleven. Als meer mensen overleven kost dat de maatschappij vaak meer dan wanneer zij overlijden, doordat dientengevolge vaak mensen met multiple pathologie in leven blijven, wier behandeling voor de samenleving hoge kosten met zich meebrengt. Dit kan overigens ook voorkomen wanneer mensen door behandeling van een ziekte worden genezen en/of er niet aan sterven, maar genezing of het behoud van het leven door therapeutisch ingrijpen wordt in het algemeen gemakkelijker als iets goeds ondervonden. Men probeert de extra kosten die door het preventieprogramma gemaakt zullen gaan worden af te wegen tegen de overlevingswinst en de kwaliteit van leven (welbevinden) in deze gewonnen levensjaren middels de QALY (zie Hoofdstuk VI.1.1.1). De QALY blijkt evenwel geen afdoende maat te zijn om de ratio tussen enerzijds de kosten van de preventieprogramma's en anderzijds die van overlevingswinst en de kwaliteit van leven tijdens de levensjaren die erdoor gewonnen worden, in kaart te brengen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg adviseerde daarom naast de QALY de ziektelast van een ziekte of aandoening mee te wegen: kalknagels zouden in dit advies op een schaal van 0 tot 1 een hele lage ziektelast vertegenwoordigen (0.02), een non-Hodgkin lymfoom een hoge ziektelast (0.97). Wanneer deze aldus gekwantificeerde ziektelast wordt meegewogen zou een QALY € 10.000 tot € 80.000 euro mogen kosten. Voor vaccinatie hanteert men een QALY-kostprijs van € 20.000.

Hoeveel moeilijkheden er ook aan deze analyses mogen kleven, ze kunnen behulpzaam zijn bij het richting geven aan c.q. het drukken van de prijs van diagnostische onderzoeken of preventieve behandelingen (geneesmiddelen of vaccins). Producenten van laboratoriumtesten, geneesmiddelen en vaccins proberen vaak grote winsten te maken op hun nieuwe, meestal gepatenteerde producten: een economische analyse kan inzicht verschaffen in de kosten van enerzijds de productie van preventieve middelen en anderzijds de kosten die mogelijk worden bespaard wanneer een ziekte erdoor wordt voorkomen, waarvan de behandeling ook de nodige kosten met mee zich kan brengen. Dit heeft in de onderhandelingen over het vaccin tegen HPV een rol gespeeld bij het bepalen van de prijs van het vaccin. Al met al kunnen economische analyses behulpzaam zijn bij een keuze voor of tegen een preventieprogramma: een groot deel van de afwegingen zal afhankelijk blijven van de prudentie van de verantwoordelijke bestuurders.

In niet-West-Europese samenlevingen, waaronder de Verenigde Staten, is toegang tot de gezondheidszorg niet zomaar beschikbaar voor iedereen. Dit geldt ook voor preventieprogramma's. Dit gaat in tegen de eisen die het algemeen welzijn stelt en tegen de principes van socialiteit en solidariteit.

1.5.2 Vaccinatie

1.5.2.1 Werking en effectiviteit van vaccinatie

Vaccinatie is het toedienen van kleine hoeveelheden van een verzwakt of geïnactiveerd, in principe ziekmakend, micro-organisme (bacterie of virus) of fragmenten hiervan met het doel mensen of dieren uit voorzorg te beschermen tegen de ziekten die deze micro-organismen veroorzaken. Vaccins worden meestal toegediend middels subcutane of intramusculaire injectie, maar er zijn ook orale toedieningsvormen. De werking van vaccinaties berust op twee principes. Allereerst ontwikkelt degene die het vaccin ontvangt een immuunrespons tegen antigenen uit het vaccin. Bij klassieke vaccins bevinden deze antigenen zich daadwerkelijk in de geïnjecteerde vloeistof. Bij RNA, DNA en vector vaccins worden deze antigenen gemaakt

door lichaamscellen van degene die het vaccin toegediend krijgt. Meestal worden er hierdoor IgM en IgG antistoffen aangemaakt. Daarnaast ontwikkelen zich specifieke T-memorycellen die vervolgens langdurig aanwezig zullen blijven in lymfeklieren of het beenmerg. Als het antigeen een volgende keer in het lichaam terechtkomt, wordt het of geneutraliseerd door de in het bloed aanwezige antistoffen of resulteert de activatie van T-memory cellen in een versnelde, nieuwe productie van IgG antistoffen of verschijnen andere lymfocyten in de bloedbaan om het micro-organisme te inactiveren. Het gevaccineerde individu wordt door de vaccinatie dus allereerst zelf beschermd tegen de ziekte waar het vaccin op gericht is.

Of vaccinatie effectief is, hangt in hoge mate af van de zogenaamde “vaccinatiegraad” in de bevolking. Als een aanzienlijk deel van de bevolking gevaccineerd is tegen een bepaalde ziekte, kan een bacterie of virus zich moeilijker verspreiden onder mensen of dieren. Immers, in een gevaccineerd individu wordt een bacterie of virus snel door de circulerende antistoffen of de versnelde immuunrespons onschadelijk gemaakt. Voor verdere verspreiding onder andere mensen zou het noodzakelijk zijn geweest dat het micro-organisme zich in enige mate had kunnen vermenigvuldigen in de gastheer, ook al had deze daar zelf geen last van. Na deze vermenigvuldiging zou het micro-organisme via waterdruppels (die via door hoesten of niezen worden verspreid) of via bloed of ander lichaamsvocht (slijm, sperma) overgedragen worden op een ander individu. Na een geslaagde vaccinatie lukt het micro-organismen niet of minder goed zich in een gastheer te vermenigvuldigen. Bij een hoge vaccinatiegraad zijn dus ook anderen gebaat. Dit zijn vanzelfsprekend degenen die bewust van vaccinatie hebben afgezien, maar ook degenen die (nog) niet gevaccineerd zijn, degenen die verzwakt zijn door b.v. ouderdom of ziektes die gepaard gaan met een verminderde afweer of ziektes waarvoor behandelingen met afweeronderdrukkende geneesmiddelen noodzakelijk zijn. Bij welke vaccinatiegraad onder de bevolking de genoemde bescherming van de niet-gevaccineerden optreedt, hangt strikt genomen af van de ziekte. Desondanks hanteert de Wereld Gezondheidsorganisatie (World Health Organization (WHO) een streefvaccinatiegraad van 95% voor vrijwel alle ziektes waarvoor gevaccineerd wordt. In Nederland waren de vaccinatiegraden voor DTP (difterie, tetanus en polio) en BMR (bof, mazelen en rode hond) in 2017-2021 gezakt tot rond de 90.0% , met éénmalig een hogere waarde in 2018 (92-93%). , om in 2022 verder te dalen tot rond de 84-85%. Het is nog te vroeg om te concluderen of de situatie in Nederland stabiliseert of op weg is naar een verdere daling van de vaccinatiegraad.

1.5.2.2 Bijwerkingen en veiligheid van vaccinatie

Omdat een vaccin verzwakte of geïnactiveerde bacteriën of virussen bevat en hulpstoffen die niet van nature in het lichaam voorkomen, kan vaccinatie bijwerkingen hebben. Veel voorkomende, algemene bijwerkingen zijn roodheid op de injectieplaats (>10 % van de gevallen), koorts, hoofdpijn, zwelling van een ledemaat waar het vaccin is geïnjecteerd (1-10% van de gevallen) en huilen bij baby's. Daarnaast kunnen er allergische reacties zoals huiduitslag over het hele lichaam en jeuk optreden. Er zijn ook specifieke bijwerkingen van bepaalde vaccinaties. Na BMR (bof, mazelen, rodehond) vaccinatie treedt bijvoorbeeld in 1:20000 kinderen een tijdelijk tekort aan bloedplaatjes op.

Over het optreden van zeer ernstige allergische reacties en bijwerkingen, zoals bijvoorbeeld anafylactische shock, ademhalingsmoeilijkheden of zelfs dood is verschil van mening in Nederland. Het Bijwerkingencentrum Lareb rapporteert jaarlijks over bijwerkingen van vaccinaties. Ernstigere gebeurtenissen, die op websites van bijvoorbeeld de Nederlandse Vereniging Kritisch Prikken (NVKP) gezien worden als bijwerkingen van vaccinaties, zijn bij Lareb niet gemeld of kunnen volgens Lareb redelijkerwijs niet worden beschouwd als het gevolg van de toediening van het vaccin.

Een onderwerp van discussie is de vraag of autisme een complicatie van de BMR-vaccinatie zou kunnen zijn. In het recente verleden is hier verwarring over ontstaan. Het tijdschrift The Lancet publiceerde in 1998 een studie waarin een verband tussen het BMR-vaccin en het voorkomen van aspecifieke colitis en autisme werd gelegd. In het Verenigd Koninkrijk daalde na deze publicatie de BMR-vaccinatiegraad opvallend. The Lancet trok het artikel in 2010 vanwege belangenverstrengeling en fraude door auteurs in. Ook een andere studie waarin het verband tussen de BMR-vaccinatie en autisme werd gelegd, werd door een tijdschrift vanwege ondeugdelijke methodologie teruggetrokken. De NVKP onderschrijft op haar website de conclusies van het ingetrokken artikel in The Lancet echter wel en beschuldigt degenen die willen bewijzen dat er géén verband is tussen BMR en autisme bestaat van belangenverstrengeling en fraude. Verder haalt men een epidemiologische studie aan waaruit zou blijken dat het aantal gevallen van autisme onder mensen geboren vanaf 1998, het jaar waarin de BMR-vaccinatiegraad daalde als gevolg van de bovengenoemde publicatie in The Lancet, veel lager is dan daarvoor en vervolgens onder mensen geboren vanaf 2000 weer geleidelijk steeg. Een dergelijke observatie is zeker opvallend, maar geen bewijs van een causaal verband tussen BMR-vaccinatie en autisme. Wat uit deze discussie in ieder geval blijkt, is dat er een voortdurende onzekerheid bestaat met betrekking tot het interpreteren en wegen van resultaten van wetenschappelijk onderzoek en dat de objectiviteit van de conclusies van wetenschappers, ook wanneer zij als zodanig een goede faam genieten, niet zonder meer vaststaat.

De (vermeende) bijwerkingen zijn vooral voor groep hoogopgeleide mensen een reden om zich tegen vaccinatie te keren. De eerste en belangrijkste reden is voor hen het gebrek aan besef van urgentie, doordat er in Nederland als gevolg van de langdurig hoge vaccinatiegraad lange tijd nauwelijks nog een uitbraak van bepaalde ziekten is voorgekomen. Maar ten tweede speelt paradoxaal genoeg waarschijnlijk ook een rol dat juist hoogopgeleiden zich zullen verdiepen in de bijwerkingen die er zouden kunnen zijn, de door overheidsorganen en onderzoekers verstrekte informatie over vaccinatie in twijfel trekken en de beschikbare gegevens – terecht of onterecht – anders interpreteren dan wetenschappers.

Ook bij de omvangrijke vaccinatieprogramma's tegen SARS-CoV-2 zijn er bijwerkingen van de vaccins gemeld. In het algemeen betrof het milde bijwerkingen, zoals kortdurende malaise, koorts of pijn in de arm waar de injectie was gezet. Ook bleken er zeldzame, maar wel ernstige bijwerkingen op te treden: het Astra-Zeneca vaccin en (in mindere mate) het Janssen vaccin zijn geassocieerd met het thrombose met thrombocytopenie syndroom, een aandoening waarbij er zowel thrombose als een laag aantal bloedplaatjes worden waargenomen. Het Pfizer vaccin is geassocieerd met myocarditis (ontsteking van de hartspier).

1.5.2.3 Ethische analyse

Sommige leden van orthodox-protestantse kerkgenootschappen zijn om godsdienstige redenen tegen de preventie van ziektes door vaccinatie. Zij baseren deze afwijzing op de woorden van Jezus in Matteüs 9,12: "Niet de gezonden hebben een dokter nodig, maar de zieken" (vgl. Lucas. 5,31; Markus 2,17). Dit zou inhouden dat men alleen wanneer men lijdt aan een actuele aandoening gebruik zou mogen maken van medische behandeling, maar dat niet zou mogen doen wanneer men gezond is, alleen met het oogmerk een ziekte te voorkomen. Jezus zegt echter alleen dat de zieken een arts nodig hebben, om duidelijk te maken waarom hij zich onder de zondaars (de 'zieken') begeeft, maar spreekt in dit verband totaal niet over de preventie van ziektes. Met ziekte wordt hier de geestelijk ziekte, de zonde, bedoeld. Voorts baseren sommige orthodox-protestanten hun afwijzing van de preventie van ziekten op de definitie van de Goddelijke Voorzienigheid volgens vraag 27 van Zondag 10 van de Heidelbergse catechismus: "*De almachtige en alomtegenwoordige*

kracht Gods, door welke Hij hemel en aarde, mitsgaders alle schepselen, gelijk als met Zijn hand nog onderhoudt, en alzo regeert, dat loof en gras, regen en droogte, vruchtbare en onvruchtbare jaren, spijs en drank, gezondheid en krankheid, rijkdom en armoede, en alle dingen, niet bij geval, maar van Zijn Vaderlijke hand ons toekomen." Deze definitie houdt onder meer in dat gezondheid en ziekte ons niet door toeval, maar door Gods toedoen overkomen. Om deze reden zou de mens een aantasting van zijn gezondheid niet mogen voorkomen met niet-gewone middelen, zoals vaccinatie, want dat zou verzet impliceren tegen Gods oordeel. Wel zou men, eenmaal getroffen door een ziekte, van een medische behandeling gebruikt mogen maken op basis van de boven geciteerde tekst uit Matteüs 9,12. Hooguit mag men gewone middelen gebruiken om ziektes te voorkomen, zoals sanitaire maatregelen. Dit standpunt kwam onder zware kritiek te staan, toen in 1971 en 1978 in enkele Nederlandse dorpen epidemieën van poliomyelitis uitbraken. Bij de laatste epidemie werden 110 mensen getroffen, alle orthodox-protestant, die niet waren gevaccineerd: een van hen stierf, terwijl slechts enkelen leden aan langdurige of levenslange verlammingen (de orthodox-protestantse waarnaar verwezen wordt delen de genoemde afwijzing van preventieve geneeskunde overigens niet).

Daarnaast is er groep mensen die vaccinatie niet uit religieuze motieven afwijst, maar omdat zij een afkeer hebben van kunstmatig ingrijpen in de natuur van de mens, zoals mensen die veel waarde hechten aan homeopathie. Zij verwerpen vaccins omdat deze als kunstmatig gefabriceerde stoffen niet eigen zijn aan het menselijk lichaam of minstens stoffen bevatten die van nature in het menselijk lichaam niet voorkomen. Dat vaccins worden toegediend op het moment dat een mens over het algemeen nog gezond is, versterkt de weerstand van deze mensen tegen vaccinatie. Vergelijkbare denkbeelden treft men aan bij aanhangers van het antroposofisch mensbeeld, die het aan de natuur van de mens willen overlaten zichzelf tegen ziektes te beschermen. De opvatting dat de bestrijding van ziektes in het geheel aan de natuur zelf moet worden overgelaten, doet geen recht doet aan de geneeskunst, die door middel van rationele kennis (die overigens verkregen is door gebruik te maken van natuurlijke verstandelijke vermogens van de mens) wat in de natuur voorhanden is benut voor het ontwikkelen en bereiden van geneesmiddelen en het verrichten van chirurgische ingrepen.

De Rooms-Katholieke Kerk en verreweg de meeste protestanten geven een andere uitleg aan Gods Voorzienigheid. Gods schiep de mens naar zijn beeld en gelijkenis. Daardoor heeft de mens het vermogen om te denken en het vermogen om binnen een zekere ruimte vrij te handelen. Dit betekent dat de mens een zekere mate van voorzienigheid heeft, een afstraling van Gods Voorzienigheid. Het ligt dus in Gods Voorzienigheid besloten dat de mens over een – zij het beperkte – voorzienigheid beschikt. Deze voorzienigheid schept verplichtingen. De mens kan niet alleen ziekten voorkomen, maar moet dat ook naar vermogen doen. Zich laten vaccineren of zijn kinderen laten vaccineren is daarom een moreel goede handeling. De bijwerkingen kunnen worden geaccepteerd op basis van het principe van de handeling met dubbel effect, omdat het beoogde effect (immunisatie) niet via het collaterale effect wordt bereikt en er een proportioneel ernstige reden is om deze bijwerkingen te accepteren (zie principes van de medische ethiek, Hoofdstuk I.2.2.1 en Hoofdstuk VI.3.2.). In de COVID-pandemie in 2020-2021 viel de afweging van de proportionaliteit van de twee effecten van vaccinatie ten gunste van vaccinatie uit: de beoogde winst (immunisatie van de bevolking) was veel groter dan de zeldzaam optredende bijwerkingen.

Tevens is de menselijke persoon in essentie een sociaal wezen. Hieruit vloeien het principe van socialiteit en solidariteit voort (Hoofdstuk I.2.2.5). De beperkte mate van voorzienigheid die wij hebben impliceert dat wij naast verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid ook verantwoordelijkheid dragen voor die van medemensen. Wanneer wij onszelf en ouders hun kinderen laten vaccineren, dragen wij eraan bij dat besmettelijke ziekten minder gemakkelijk verspreid worden. Onze eigen vaccinatie en de vaccinatie van

kinderen kunnen voorkomen dat anderen die niet ingeënt zijn, kinderen onder de vaccinatieleeftijd of mensen die zich om principiële redenen niet laten vaccineren besmettelijke ziekten oplopen. Dit is een bijdrage aan het algemeen welzijn.

Om deze redenen geldt dat vaccinatie niet alleen een moreel goed is voor het individu zelf, maar ook voor het algemeen welzijn.

Naast het feit dat de toepassing van preventieve geneeskunde toelaatbaar en vaak ook een plicht is, zijn er enkele ethische aspecten die nadere aandacht verdienen. Bij vaccinatie wordt – hoe beperkt dan ook – de integriteit van het lichaam geschonden, meestal door penetratie van de huid voor de injectie van het vaccin zelf en vervolgens door de subcutane of intramusculaire injectie van het lichaamsvreemde materiaal omwille van het voorkómen van een ziekte. Zoals in de inleiding van deze sectie is gesteld, is er qua morele beoordeling geen verschil tussen behandeling of preventie van ziektes. Op preventieve geneeskunde is daarom, zoals eerder opgemerkt, ook het *totaliteitsprincipe of therapeutisch principe* van toepassing (Hoofdstuk I.2.2.3). Dit principe houdt in dat ingrepen in het menselijk lichaam gericht op het behoud van het leven of de gezondheid van de menselijke persoon als geheel gerechtvaardigd kunnen zijn, mits zijn functionele integriteit intact blijft. Omdat door vaccinatie hooguit de anatomische integriteit in verwaarloosbare mate wordt aangedaan en er de bedreiging van het leven of de gezondheid door het in de toekomst mogelijk oplopen van een ziekte door voorkomen kan worden, kan vaccinatie derhalve op basis van het therapeutische principe worden gelegitimeerd.

Andere moeilijkheden zijn gelegen in de vragen of vaccins veilig zijn, of deze veiligheid volgens vigerende wetenschappelijke methodes is vastgesteld en of op de vaccins op moreel verantwoorde wijzen zijn geproduceerd. Gelet op bovengenoemde discussie over de mogelijk relatie tussen BRM-vaccinatie en het voorkomen van niet-specifieke colitis en autisme geldt in het bijzonder de op zich evidente eis dat wetenschappers eerlijk en objectief, zonder belangenverstrengeling te werk behoren te gaan. Hoewel er bijwerkingen voorkomen, zijn de risico's zeker proportioneel in verhouding tot het goede effect dat ze bewerken. Een van de grotere problemen in de discussies over vaccinatie West-Europese media in 2018-2019 betrof het feit dat de weerstand tegen vaccinatie heel vaak niet gebaseerd was op wetenschappelijke gegevens. Zoals boven is aangegeven worden ernstige bijwerkingen, zoals verlamming, autisme of een verhoogd risico op kanker, aangevoerd als motief om van vaccinatie af te zien, maar deze bijwerkingen zijn meestal niet of nauwelijks gerapporteerd en gedocumenteerd of onomstotelijk vastgesteld. Ze zijn in discussies over vaccinaties helaas een grote rol gaan spelen doordat 'fake news' en onjuiste of ongenuanceerde berichten op sociale mediasteeds weer herhaald worden. Tegen deze massale desinformatie is moeilijk weerstand te bieden. De grote media-aandacht die gegenereerd wordt door de medische wereld en de politiek om de vaccinatiegraad te vergroten, richt zich vooral op het weerleggen van deze desinformatie.

Bij het bereiden van vaccins die verzwakte of geïnactiveerde micro-organismen bevatten, moeten de bacteriën en virussen die de basis zijn voor vaccins, worden gekweekt op een voedingsbodem. Virussen hebben hiervoor levende cellen nodig. Het betreft vaak cellijnen, cellen die ooit, vaak jaren geleden, zijn verkregen van een mens of dier en daarna in het laboratorium zijn doorgekweekt. Er zijn dus niet steeds nieuwe menselijke of dierlijke donoren nodig om deze cellen beschikbaar te hebben. De bron van de cellen is voor verschillende vaccins anders. Voor de vaccins tegen bof en mazelen zijn de gebruikte cellen afkomstig van een kippenembryo, vaccins tegen griep en gele koorts worden geproduceerd op bebroede kippeneieren, het vaccin tegen Humaan papillomavirus (HPV, de veroorzaker van baarmoederhalskanker) op cellen van *Trichoplasia ni*, een nachtvindersoort. Er zijn vier cellijnen die afkomstig zijn van menselijke, geaborteerde foetussen: de Medical Research Council cell strain 5 (MRC-5), afkomstig van bindweefselcellen uit longweefsel van een 14

weken oude in 1966 geaborteerde foetus, de WI-38 cellijn, eveneens afkomstig van bindweefselcellen uit longweefsel, dit keer van een 3 maanden oude, in 1960 geaborteerde mannelijke foetus, de HEK293 cellijn, afkomstig uit nierweefsel van een in 1973 in Nederland geaborteerde foetus en de PER.C6 cellijn die rond 1996 is ontwikkeld uit HER199 cellijn, afkomstig van netvliescellen van een menselijk embryo. Deze eerste twee cellijnen werden of worden gebruikt voor de productie van vaccins tegen adenovirussen (niet meer in productie), rodehond (rubella), waterpokken en gordelroos (herpes zoster), ebola, polio, en hondsdoelheid (rabies); de tweede twee voor productie of controle na productie van vaccins tegen het SARS-CoV-2 virus ("Coronavirus"). In Nederland wordt het poliovaccin niet geproduceerd op een van mensen afkomstige cellijn, maar op een cellijn afkomstig van Afrikaanse grivetapen. Het mRNA-vaccin tegen SARS-CoV-2 van CureVac, waarvan de ontwikkeling begin oktober 2021 werd gestaakt, maakte voor controletesten gebruik van HeLa-cellen (baarmoederhalskankercellen die zonder medeweten zijn verkregen van Henrietta Lacks, die in 1951 aan haar ziekte overleed).

Tijdens de COVID-19 pandemie in 2020 werd duidelijk dat er naast de boven beschreven klassieke vaccins (geïnactiveerde, verzwakte of gefragmenteerde virussen, speciaal voor dit doel gekweekt) nog andere soorten technieken voor vaccinontwikkeling waren voorbereid en bij de ontwikkeling van een vaccin tegen het SARS-CoV-2 virus worden ingezet. Het betreffen vaccins op basis van óf in een laboratorium nagemaakte oppervlaktemoleculen van een virus, óf messenger RNA (mRNA) óf een vector (DNA). De mRNA en vector-vaccins coderen voor virale oppervlaktemoleculen die in het menselijk lichaam deze moleculen kunnen laten produceren. De Europese Unie nam in 2020-2021 opties op een achttal vaccins. De ontwikkeling van het Curevac-vaccin werd in oktober 2021 gestaakt. Het Valneva vaccin, waarvan de beoordeling in december 2021 is gestart, lijkt evenals het Chinese Sinovac-vaccin (dat niet in Europa beschikbaar is) op een klassiek vaccin: ze bevatten geïnactiveerd virus dat is gekweekt op Vero-cellen (cellen die verkregen zijn uit de nieren van grivetapen). De vaccins van Sanofi en Novavax bevatten een molecuul dat op het oppervlak van het SARS-CoV-2-virus voorkomt en is geproduceerd in een Baculovirussysteem, een productiesysteem dat gebruik maakt van virussen die bij insecten voorkomen. Het levert naar verwachting een reactie van het afweersysteem op die lijkt op die van de klassieke vaccins. De vier andere vaccins maken gebruik van de nieuwere techniek waarbij het vaccin mRNA of een DNA-vector bevat. De vector is een verzwakt adenovirus dat van apen afkomstig is en helpt om het DNA met de code voor een oppervlakte-eiwit van het virus de cel in te krijgen. Voor deze vier vaccins wordt óf bij de controle (mRNA-vaccins) óf bij de productie (DNA-vector vaccins) gebruik gemaakt van HEK293 of PER.C6 cellen.

In enkele documenten van het Romeins leergezag wordt het gebruik van cellen van geaborteerde foetussen afgewezen. Tegelijkertijd wijst de Congregatie voor de Geloofsleer er in haar genoemde instructie op dat er verschillende graden van verantwoordelijkheid zijn met betrekking tot de medewerking aan het verkrijgen van cellijnen op moreel ongeoorloofde wijze: degene die de abortus in de vorige eeuw uitvoerde en het foetale weefsel oogstte was direct bij de abortus betrokken, terwijl degene die nu het vaccin gebruikt dat is gekweekt op doorgekweekte cellen van ruim 25-50 jaar geleden geen directe betrokkenheid met deze abortus meer heeft. Er is in dit geval daarom sprake van een indirecte en verwijderde vorm van medewerking aan de abortus. Als de gebruiker van het vaccin bovendien niet met abortus provocatus instemt, is het een materiële vorm van medewerking aan de abortus die in ver verleden plaatsvond (vgl. Hoofdstuk I.2.2.6.3). Ernstige redenen kunnen het gebruik van dergelijke vaccins rechtvaardigen. Dit is met name het geval in situaties waarin er sprake is van een ernstige ziekte en hiervoor geen ander vaccin of behandeling beschikbaar is. Wel hebben in ieder geval de mensen die met dit soort vaccins werken, maar mogelijk ook anderen, de plicht in de mate van het mogelijke te protesteren tegen de ongeoorloofde wijze waarop de cellijnen zijn verkregen en te stimuleren dat er naar andere productiemogelijkheden wordt gezocht. Ten aanzien van de vaccins tegen SARS-CoV-2 heeft de

Congregatie voor de Geloofsleer dit standpunt (ernstige situatie, verwijderde, geen directe betrokkenheid bij de abortus van destijds, plicht om aan te dringen op andere productiemethoden) herhaald. Vanzelfsprekend vereist de prudentie hierbij een andere actie van artsen of verpleegkundigen, dan van de ouders die hun kind laten vaccineren.

Bij het gebruik van DNA, RNA en vectorvaccins wordt DNA of RNA toegediend dat direct of met behulp van de vector wordt opgenomen in bepaalde cellen in het lichaam met als doel dat deze cellen, bijvoorbeeld antigeen presenterende cellen, virale oppervlaktemoleculen gaan produceren waar het immuunsysteem vervolgens een afweerreactie tegen kan beginnen. Het lichaam opzettelijk op deze manier deze moleculen laten produceren, stuit niet op een moreel dilemma. Het is een veilige manier van het gebruik maken van natuurlijke eigenschappen van het immuunsysteem. Bij het vaccin leidt het ertoe dat de menselijk cel één of enkele virale oppervlaktemoleculen gaat produceren; bij een virusinfectie gaat de cel vele volledige kopieën van virus maken. Het toegediende mRNA komt alleen terecht in het cytoplasma (cellichaam), en niet de celkern, van bepaalde lichaamscellen en leidt daar tot productie van oppervlaktemoleculen (peptiden of eiwitten) die door de cel op het oppervlak gepresenteerd zullen worden. Bij het gebruik van DNA-vaccins of vector-vaccins gaat er in bepaalde lichaamscellen wel DNA naar de celkern. Ook dan lijkt de situatie op een gewone virusinfectie. De tot nu toe gebruikte vectoren zijn afkomstig van apenvirussen en kunnen zich bij mensen niet zelf vermenigvuldigen. Op theoretische gronden is er dus geen risico dat deze vectoren bij mensen schadelijke gevolgen kunnen hebben.

Volgens sommigen zou het in het lichaam brengen van mRNA of DNA een vorm van genetische manipulatie zijn. Dit is onjuist: het mRNA verandert zeer waarschijnlijk het eigen DNA van de mens niet. Het vaccin-DNA zou het menselijk DNA in sommige cellen wel kunnen veranderen, maar het is belangrijk om dit goed te begrijpen. Ook virussen kunnen zelf menselijk DNA veranderen tijdens een infectie. Sommige veranderingen worden zelfs nog in het DNA overgeërfd. Dit is echter iets anders dan wat met genetische manipulatie wordt bedoeld. In dat laatste geval is de handeling erop gericht het DNA te veranderen en dan ook nog met het doel om betere eigenschappen van het organisme te bewerken. In het geval van vaccinatie gaat het om het genezen van een ziekte en is de wijziging in het DNA in het geheel niet bedoeld. Daarmee is het niet vergelijkbaar met genetische manipulatie.

1.5.2.4 Wat te doen als iemand de vaccinatie van zichzelf of die van zijn kinderen weigert?

In het kader van de noodzakelijke 'informed consent' is het toe te juichen dat mensen zichzelf gedachten vormen over de medische ingrepen en toepassingen die iemand ondergaat, ook ten aanzien van vaccinatie. Als de consequentie daarvan echter is, dat de vaccinatiegraad daalt, moet men zich afvragen of die keuzes juist zijn. Daar waar mensen nog voor zichzelf de afweging kunnen en mogen maken of ze de risico's proportioneel vinden, gelden er bijkomende overwegingen voor wat betreft de gezondheid van de samenleving als zodanig. Vaccinatie is een bijzonder lichte ingreep waardoor ernstige ziektes zijn uitgebannen. Deze afweging zou altijd ten gunste van vaccinatie moeten uitvallen. Mensen die zich niet laten vaccineren op basis van het verlies van besef van urgentie, zullen overigens de noodzaak er weer van gaan inzien, als duidelijk wordt dat een aantal besmettelijke ziektes weer aan terrein wint.

Een moeilijke vraag is wat moet worden gedaan ten aanzien van iemand die vaccinatie van zichzelf of zijn kinderen weigert. Volgens het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid (zie Hoofdstuk 1.2.2.4) kan iemand

in principe niet worden gedwongen een behandeling te ondergaan. Dit geldt ook voor vaccinatie. Hooguit kan de competente overheid besluiten mensen onder dwang een behandeling te laten ondergaan met het oog op het algemeen welzijn. Zo kan zij onder bepaalde omstandigheden gelasten dat aan een gevangene die in hongerstaking is onder dwang voeding en vocht worden toegediend, om te voorkomen dat hij een martelaar wordt in de ogen van zijn medestanders. Gedwongen vaccinatie van mensen die er gewetensbezwaren tegen hebben die in geweten overtuigd dat zij hen niet mogen laten inenten gaat echter te ver. Dit geldt eveneens ten aanzien van de tijdelijke ontzetting van ouders uit de ouderlijke macht om hun kinderen te kunnen vaccineren. Gedwongen vaccinatie zou een traumatische ervaring zijn voor de mensen in kwestie en voor de ouders en hun kinderen. Hierbij moet worden bedacht dat een vaccinatiegraad van 95% en hoger aan de samenleving een voldoende bescherming biedt tegen epidemieën van ernstige besmettelijke ziekten. Het is vanuit dit perspectief aanvaardbaar als een klein percentage mensen op basis van gewetensbezwaren niet is gevaccineerd.

De overheid kan een aantal maatregelen treffen om te proberen de vaccinatiegraad te verhogen. Grofweg zijn er twee typen van maatregelen, die door de media en politici worden gesuggereerd en in wisselende mate in westerse landen (Frankrijk, Duitsland, Groot-Brittannië, Australië) worden toegepast. De eerste maatregel betreft een financiële prikkel, vooral in de vorm een korting van de kinderbijslag bij ouders die hun kinderen niet laten vaccineren; de tweede maatregel betreft het weren van ongevaccineerde kinderen uit de kinderopvang. Dit wordt in Nederland ook al geëxperimenteerd, al is dat volgens de Nederlandse wet nog niet toegestaan. Overigens vinden leidinggevenden van een kinderopvang ook nu al zoveel begrip voor hun standpunt, vooral vanwege de risico's die kinderen jonger dan de vaccinatieleeftijd lopen, wanneer er op de crèche ongevaccineerde kinderen worden toegelaten, dat het naar verwachting geen zin zal hebben voor ouders om tegen dit besluit een juridische procedure aan te spannen. Wanneer deze maatregelen juridisch verankerd worden, zal dat echter ook op verzet stuiten. Het draagvlak voor de wens om van vaccinatie af te zien, moet niet worden onderschat. Dat dit draagvlak groot is blijkt wel uit de dalende vaccinatiegraad

Is het nu juist om mensen die vaccinatie afwijzen daar financieel of praktisch voor te straffen? De samenleving kent vele juiste voorbeelden van strafmaatregelen bij ongewenst gedrag, variërend van een bezoek van de leerplichtambtenaar aan ouders van spijbelende kinderen (gedrag dat niet strookt met de regelgeving betreffende de leerplicht), tot accijnzen op alcohol en tabak, om mensen aan te sporen tot een gezondere manier van leven (terwijl het gebruik van alcohol en tabak niet bij wet verboden is). Hier is de vraag aan de orde of gedrag schadelijk is en correctie behoeft. Dat het vasthouden van de hoge vaccinatiegraad belangrijk is voor de samenleving behoeft geen betoog. In deze zin mag de overheid met het oog op het *algemeen welzijn*, waar zij primaire verantwoordelijkheid voor draagt, zeker sturende maatregelen treffen. De zwaarte van de tegen ongewenst gedrag te nemen maatregelen dient daarbij in verhouding te staan tot de ernst van de schade die dat ongewenst gedrag aan het algemeen welzijn toebrengt. Duidelijk is dat een hoge vaccinatiegraad belangrijk is, maar ook dat wanneer een klein percentage van de bevolking vaccinatie afwijst, dat geen groot risico met zich meebrengt voor de verspreiding van besmettelijke ziekten en daarmee geen ernstige gevolgen voor het algemeen welzijn heeft. Matigheid bij de toepassing van straffende maatregelen lijkt daarom op zijn plaats. De overheid moet derhalve eerst proberen om doorvoorlichting en mediacampagnes de gewenste vaccinatiegraad onder de bevolking te halen, voordat aan straffende maatregelen wordt gedacht. Het gaat daarbij om het verstrekken van correcte en betrouwbare informatie over de risico's van niet vaccineren voor betrokkenen en de samenleving en over de risico's die aan vaccinatie verbonden. Duidelijk zal moeten worden gemaakt dat volstrekt geproportioneerd zijn aan de risico's van de besmettelijke ziekte die erdoor wordt voorkomen. Tevens moet worden gewezen op de verantwoordelijkheid die men niet alleen voor de eigen gezondheid draagt, maar ook voor die van de samenleving.

Er is dus sprake van een delicaat evenwicht: vaccinatie is moreel gezien een goede zaak en ook een morele plicht en moet bevorderd worden. Er zijn echter ook goede redenen zijn om niet hard te oordelen over mensen die af willen zien van vaccinatie, zeker niet wanneer zij ervan overtuigd zijn dat die tegen hun geweten ingaat. Vaccinatie impliceert een handeling, die meer dan welke ook de vrije toestemming van de mens veronderstelt: het gaat om een ingreep in het lichaam. Weliswaar een beperkte, maar het binnendringen van en het ingrijpen in het menselijk lichaam is in welke vorm dan ook een delicaat onderwerp. In de Nederlandse Grondwet is deze gevoeligheid verwoord in artikel 11: *“Ieder heeft, behoudens bij of krachtens de wet te stellen beperkingen, recht op onaantastbaarheid van zijn lichaam”*. Dit recht op de integriteit van het lichaam is in vergelijking met andere (internationale) verdragen of de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens heel expliciet verwoord in de Nederlandse Grondwet.

1.5.2.5 Vaccinatie in situaties van risicovol gedrag

Een relatief nieuwe vaccinatie is de vaccinatie tegen Humaan Papillomavirus (HPV), die sinds 2009 onderdeel is van het Rijksvaccinatieprogramma in Nederland. Van HPV bestaan meerdere varianten: de typen 16 en 18 zijn de meest voorkomende en gevaarlijke virussen. Zij kunnen bij vrouwen baarmoederhalskanker veroorzaken. Het HPV-vaccin dat momenteel in Nederland aan meisjes in het jaar van hun 13de verjaardag wordt aangeboden beschermt daarom tegen deze typen 16 en 18.

Een interessant vraagstuk is hoe vanzelfsprekend het is van deze HPV-vaccinatie gebruik te maken. Het risico op besmetting met HPV doet zich voor bij mensen die seksueel actief zijn met wisselende partners. De toename van baarmoederhalskanker in de bevolking in de laatste 40 jaar wordt dan ook toegeschreven aan het veranderde, “vrijere” seksuele gedrag in deze periode. Besmetting met HPV is in principe te vermijden door een monogame levenswijze. Een vergelijkbaar moreel dilemma doet zich voor bij het steeds gangbaarder wordende PrEP-gebruik, vooral onder homoseksuele mensen. Deze medicatie verkleint weliswaar het risico op HIV-besmetting, maar heeft tegelijkertijd vrijwel altijd tot doel ongelimiteerd seksuele betrekkingen te kunnen aangaan met een verminderde kans op de overdracht van HIV. Dit is echter een laakbare intentie. De doelstelling van profylactische handelingen is niet immoreel handelen minder risicovol te maken en daardoor te faciliteren.

Beslissend is in ethisch opzicht het doel waarmee vaccinatie plaatsvindt. Als het gaat om bescherming tegen ziektes waar men zichzelf niet door vrij gekozen gedrag aan blootstelt, dan is vaccinatie een goede zaak. Dit geldt bijvoorbeeld voor een man die een tijdlang een promiscue leven heeft geleid, maar later de bewuste keuze maakt voor een monogaam huwelijk. Een vrouw kan zich door vaccinatie tegen AIDS beschermen, wanneer haar echtgenoot mogelijk een drager is van HIV. Eveneens kunnen medici die een verhoogd risico lopen op besmetting met HIV van een hiertegen gerichte profylactische medicatie gebruik maken.

1.5.2.6 Conclusie

Vaccinatie is een gevoelig onderwerp, omdat het te maken heeft met de persoonlijke vrijheid, met de integriteit van het eigen lichaam, met de eigen gezondheid, maar ook met de gezondheid van andere mensen en van de samenleving als zodanig. Al deze aspecten verdienen aandacht. Uitgangspunt is echter dat in het algemeen moreel verantwoord, goed, nodig en ook moreel verplicht is om van vaccins gebruik te maken, met als doel

enerzijds de gevaccineerde persoon te beschermen tegen het oplopen van mogelijke besmettelijke ziekten en anderzijds verantwoordelijkheid te nemen voor medemensen, die een hogere kans hebben een besmettelijke ziekte op te lopen als minder mensen zich laten vaccineren. Het gaat echter te ver om iemand de vrijheid te ontfangen vaccinatie af te wijzen, zeker als hij in geweten ervan overtuigd dat hij zichzelf of zijn kinderen niet mag laten vaccineren. Tegelijkertijd moet er alles aan gedaan worden om mensen er door goede en objectieve voorlichting toe te brengen in vrijheid voor vaccinatie te kiezen.

1.5.3 Prenatale diagnostiek en preventieve geneeskunde

In zowel het publieke, officiële als wetenschappelijk spraakgebruik wordt prenatale diagnostiek ook vaak aangeduid als preventieve diagnostiek. De ethische aspecten hiervan zijn behandeld in Hoofdstuk II.4.2.1. Hierop valt echter veel af te dingen. Prenatale diagnostiek betreft in het algemeen niet de preventie van ziekten die zich later kunnen voordoen, maar het vroegtijdig vaststellen van afwijkingen die er al zijn, maar zonder de toepassing van prenatale diagnostiek zich pas bij of na de geboorte zouden manifesteren. Het is daarom niet juist prenatale diagnostiek onder preventieve geneeskunde te scharen. Prenatale diagnostiek kan in enkele gevallen dienstig zijn om nog vóór de geboorte intra-uterien chirurgische ingrepen te verrichten om de ernstige gevolgen van bepaalde aandoeningen te voorkomen en ook om direct na de geboorte de vereiste maatregelen te kunnen treffen. Bij prenatale diagnostiek is echter in het algemeen geen behandeling van de gevonden afwijking of aandoening mogelijk, maar gaat men over tot abortus provocatus, een intrinsiek kwade handeling, wanneer bij het ongeboren kind een afwijking is vastgesteld (zie Hoofdstuk II,4).

I.2.1 De principes van de seculiere medische ethiek

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

W.J. Eijk

De seculiere samenleving, die zeer pluriform is, mist een gemeenschappelijke levensvisie. Daardoor is het moeilijk om tot een consensus te komen, nodig als basis voor wettelijke regelingen die door iedereen in de samenleving worden aanvaard, ook op het gebied van de gezondheidszorg en de medische ethiek. In overeenstemming met haar Anglo-Amerikaanse empiristische filosofie zoekt de seculiere Westerse samenleving een basis voor een consensus in een beperkt aantal fundamentele principes, waarvan empirisch (statistisch) verifieerbaar is dat ze door allen worden aangenomen. Een ratio voor deze principes wordt niet gegeven.

In de 1e editie van zijn bekende boek *Foundations of Bioethics* noemt Engelhardt twee principes

1. 'The principle of autonomy' (het principe van zelfbeschikkingsrecht) en
2. 'The principle of beneficence' (het principe van weldoen)

In de 2e editie van zijn handboek heeft Engelhardt het principe van autonomie vervangen door dat van 'the principle of permission' onder druk van de kritiek op de 1e editie.

Onder het tweede rangschikt hij tevens 'the principle of non-maleficence' (het principe van geen kwaad berokkenen)

De protestantse theoloog Kuitert neemt het autonomieprincipe en dat van weldoen als uitgangspunt voor zijn visie op zelfdoding .

Beauchamp en Childress, die het principe van geen kwaad berokkenen apart behandelen als derde principe en als vierde nog toevoegen 'the principle of justice' toe (het principe van rechtvaardigheid), hanteren het volgende schema :

1. Het autonomieprincipe;
2. Het principe van weldoen;
3. Het principe van geen kwaad berokkenen;
4. Het rechtvaardigheidsprincipe.

Onder het autonomieprincipe vallen kwesties als de toestemming van de patiënt voor het ondergaan van een medische behandeling of voor deelname aan een experimenteel onderzoek en de criteria voor de wilsbekwaamheid van patiënten. Het principe van geen kwaad berokkenen betreft het vermijden van schade door de toepassing van medische behandeling. Het speelt een belangrijke rol bij de beslissing om pasgeborenen met afwijkingen al dan niet te behandelen en het nemen van beslissingen door gevolmachtigden ten aanzien van wilsonbekwamen. Daarbij stelt zich de vraag of door medisch ingrijpen niet meer kwaad dan goed wordt gedaan. Onder het principe van weldoen valt bijvoorbeeld de vraag of het ter beschikking stellen van organen na de dood voor transplantatiedoeleinden verplicht is of niet. Uit het principe van rechtvaardigheid vloeien de erkenning van het recht op gezondheidszorg voort en richtlijnen voor de verdeling van de beschikbare middelen van gezondheidszorg, bijvoorbeeld de distributie van donororganen. Volgens Engelhardt is het principe van rechtvaardigheid slechts een bijzondere toepassing van het principe van weldoen, omdat eerst gedefinieerd moet zijn wat goed is, voordat kan worden vastgesteld welk goed vanuit het oogpunt van rechtvaardigheid aan iemand toekomt .

Voor Engelhardt neemt het autonomieprincipe de eerste plaats in en heeft het prioriteit op de andere principes. De menselijke persoon is vrij, zoals iedereen kan vaststellen, en daarom zou zijn zelfbeschikkingsrecht altijd en overal door anderen moeten worden erkend. Niemand, ook niet de samenleving als geheel, zou het individu een norm mogen opleggen die zijn autonomie schendt. Als iemand die wilsbekwaam is, zijn leven wil beëindigen, dan heeft niemand het recht hem dat te beletten. Dit toch doen, zou erop neerkomen dat men betrokkene weldoet tegen zijn wil. Dit is een 'zonde' tegen het autonomieprincipe, een vorm van paternalisme. Zo vraagt Kuitert zich af:

'Mag ik iemand verhinderen te doen wat hij wil: zichzelf doden? Het principe van weldoen spoort mij daartoe aan. Maar het is niet het enige handelingsprincipe dat wij kennen. Het wordt geflankeerd door het principe van respect voor andermans autonomie. Een suïcidant aan zijn lot overlaten betekent met weldoen een loopje nemen. Ingrijpen is schending van de autonomie van de betrokkene en dat heet paternalisme. Het laatste definieer ik als: iemand weldoen tegen zijn wil .'

In zeker opzicht is het principe van autonomie met de categorische imperatief van Kant vergelijkbaar. Het is volkomen formeel, dat wil zeggen dat het geen inhoud heeft. Zou men het een inhoud geven, dan zou men de



autonomie van het individu aan banden leggen, hetgeen tegen het autonomieprincipe ingaat. Het autonomieprincipe

‘eist het ‘lege’ proces om een morele gezag in een seculiere en pluralistische maatschappij voort te brengen door middel van wederzijdse instemming. Het kan tonen dat abortus, contraceptie en suïcide niet met moreel gezag kunnen worden verboden, maar het kan niet laten zien dat het goed is om te betalen voor abortus en contraceptie voor behoeftigen of om individuen bij te staan die wel overdacht suïcide willen plegen en daar hulp bij nodig hebben’.

Het principe van weldoen heeft, aldus Engelhardt, het karakter van een aansporing, terwijl het autonomieprincipe fundamenteel is. Het principe van weldoen vereist dat een aantal waarden in gezamenlijk overleg en met wederzijdse instemming langs democratische weg worden omschreven en juridisch vastgelegd. Dit mag echter nooit ofte nimmer het autonomieprincipe schenden.

De opvatting dat het respect voor de autonomie los van voorgegeven waarden het belangrijkste principe van de ethiek is, hangt samen met de eerder besproken Identity Theory of Mind, die het bewustzijn – het centrum waar autonome beslissingen genomen worden – als de eigenlijke menselijke persoon ziet en het menselijke lichaam (en zeker de buitenwereld) ziet als een premorele waarde. Binnen deze visie wordt aan de mens een vergaand beschikkingsrecht over zijn biologische natuur toegekend. De gedachte dat de mens binnen het kader van de evolutie nu een niveau heeft bereikt waarop hij de eigen evolutie in de hand kan nemen, versterkt de overtuiging dat hij autonoom is. De individuele autonomie is tevens versterkt door de opkomst van de informatiemaatschappij, waarin wij nu leven (zie: Totter 1980). Wie participeert in onze informatiemaatschappij beschikt over een grote hoeveelheid gemakkelijk beschikbare informatie. Informatie leidt automatisch tot democratisering. Wie veel weet, heeft de neiging voor zichzelf beslissingen te nemen en dat niet aan een ander over te laten. De informatiemaatschappij baande de weg voor het huidige streven naar zelfbeschikkingsrecht en de daarmee verbonden autonome ethiek. Het wekt geen verbazing dat door deze ontwikkelingen het autonomieprincipe wordt gezien als het meest fundamentele principe van de ethiek.

Niet alle auteurs kennen aan het autonomieprincipe een absoluut en fundamenteel karakter toe. Beauchamp en Childress zijn van mening dat het autonomieprincipe net als de andere principes een ‘prima facie standing’ toekomt. Dat wil zeggen dat het principe op het eerste gezicht bindend is, maar in sommige gevallen een ander principe de overhand kan hebben:

‘Zoals alle morele principes heeft dit principe slechts een prima facie status. Het bevestigt het recht dat niemand tussenbeide komt en in samenhang daarmee een plicht om autonome handelingen niet in te perken. Het is altijd een open vraag welke restricties rechtmatig aan keuzen door patiënten of subjecten kunnen worden gesteld wanneer deze keuzen met andere waarden in conflict komen. Wanneer keuzen de volksgezondheid in gevaar brengen, mogelijk een foetus schade toebrengen of een schaarse voorziening betreffen waar de patiënt niet voor kan betalen, dan valt de serieuze beperking van de uitoefening van de autonomie te rechtvaardigen, misschien zelfs door tussenkomst van de Staat. Als restrictie gerechtvaardigd wordt, dan moet de rechtvaardiging op een of ander ermee concurrerend principe berusten zoals dat van weldoen of rechtvaardigheid’.

Zoals gezegd is het volgens de autonome ethiek een van de ergste misgrepen als men een ander zijn opvattingen bijvoorbeeld ten aanzien van suïcide, euthanasie en abortus oplegt, ook al is dat nog zo goed bedoeld. Wie deze handelingen voor ongeoorloofd houdt, zou ze dan zelf maar niet moeten verrichten of

ondergaan, maar heeft niet het recht om medemensen die er anders over denken, in hun vrijheid te beknotten. Dit betekent dat de wetgeving op de grootste gemene deler, de meest ruime opvattingen, zou moeten worden afgestemd. Feitelijk zal dat in een pluralistische maatschappij vaak het geval zijn. Dat wil echter nog niet zeggen dat de ethiek zich daar zonder meer bij zou moet neerleggen.

Vooraf wanneer het autonomieprincipe als absoluut en fundamenteel wordt beschouwd, komt de autonome ethiek met zichzelf in tegenspraak. Als het principe van autonomie op de eerste plaats komt en het principe van weldoen op de tweede, dan moet eerst persoonlijke vrijheid worden geëerbiedigd, terwijl de definitie van goed en kwaad op de tweede plaats komt. Deze rangorde wordt echter doorbroken, wanneer men gaat vaststellen wie onder het autonomieprincipe valt (de menselijke persoon) en wie niet (menselijk wezen). Boven hebben we gezien dat aanhangers van de autonome ethiek, zoals Engelhardt en Singer (zie 1.2.1 van dit hoofdstuk), een menselijk wezen pas een menselijke persoon achten als het manifest een rationeel bewustzijn en autonomie heeft. Dan gaat ineens de definitie van de menselijke persoon en dus ook de definitie van een waarde, aan het respect voor de autonomie vooraf. Deze innerlijke tegenstrijdigheid maakt de autonome ethiek ongeschikt om als grootste gemene deler een draagvlak te bieden voor een minimale, door iedereen geaccepteerde morele gedragscode.

Het respect voor de autonomie houdt in dat ieder de gelegenheid moet krijgen zijn persoonlijk geweten te volgen, mits zijn handelen voor anderen maar niet schadelijk is. De achterliggende gedachte is dat het eigen geweten waarden en normen schept. Dit staat haaks op het klassieke concept van het geweten dat zegt dat het geweten voorgegeven normen op de concrete persoonlijke handeling van het individu toepast. Hoe dan ook, het gewetensoordeel heeft een grote invloed op ons leven. Het geeft een diepe bevrediging als we overeenkomstig ons geweten leven. Een geweten dat ons handelen veroordeelt, veroorzaakt een innerlijke pijn in de vorm van wroeging of spijt, die we haarscherp van andere negatieve gevoelens kunnen onderscheiden. Dit ervaringsgegeven valt moeilijk te combineren met de opvatting dat het geweten een bron van waarden en normen is, die alleen voor onszelf maar niet per se voor anderen zouden gelden. Want wat zou dan nog het motief zijn om het geweten te volgen? Of om nog een stap verder te gaan, waarom zouden we het autonome geweten van anderen moeten respecteren, als het geen objectieve waarde heeft?

De gedachte dat het persoonlijke geweten als een voor het individu onfeilbare gids moet worden gerespecteerd, is incompatibel met het feit dat we in een aantal gevallen van oordeel zijn dat anderen in geweten dwalen of dat bij onszelf constateren. Stel dat een mohammedaanse man vier mohammedaanse vrouwen bereid vindt om met hem in huwelijk te treden. Laten we aannemen dat de vrouwen dat zelf willen en niet onder druk staan. Volgens het autonomieprincipe zou dit huwelijk moeten worden toegestaan. Toch zal de Nederlandse samenleving hier niet mee akkoord gaan vanwege de mogelijke aantasting van de waardigheid van de vrouw. Respect voor het persoonlijke geweten sluit uit dat iemand wordt gedwongen iets te doen dat tegen zijn geweten ingaat. Daarom kennen we het recht van dienstweigering. Respect voor andermans autonomie houdt echter niet in dat we de ander toestaan alles te doen wat hij of zij in geweten geoorloofd acht.

Een moeilijkheid is dat – naast het principe van autonomie – de principes van weldoen, geen kwaad berokkenen en rechtvaardigheid niet de meest fundamentele principes van de ethiek kunnen zijn. Aan deze principes zal altijd de vraag vooraf gaan wat dan wel goed of kwaad, rechtvaardig of onrechtvaardig is. Anders kunnen deze principes geen enkele toepassing vinden.

Misschien wel de meest fundamentele moeilijkheid met betrekking tot de autonome ethiek is dat het autonome subject niet bestaat: het is een ethiek zonder subject. Want wie is dan die autonome 'ik' die voor zichzelf kan uitmaken wat goed of kwaad is, zolang hij de autonomie van medemensen maar niet schaadt? Een soeverein

‘ik’ los van medemensen bestaat in ieder geval niet. ‘Mensen zijn zowel het resultaat van hun omgeving als de schepper ervan; daarom ontzenuwt elke beschouwing van een individu onafhankelijk van zijn relaties en gemeenschappen zichzelf,’ aldus Gaylin. Wie ik zelf ben, kan ik alleen ontdekken door mijn relaties met medemensen: ik ben ouder of kind, partner, werkgever of werknemer, arts of patiënt. Ook het eigen karakter en de eigen aanleg krijgen pas perspectief in de ontmoetingen met medemensen. Kansen om ermee te woekeren worden geboden door de concrete mensen die ik in het leven tegenkom. Het is in dit verband opmerkelijk dat juist in een tijd als de onze die zo op zelfbeschikkingsrecht staat, er een sterk conformisme bestaat. Sociologen valt op dat jongeren het idee hebben dat ze voor zichzelf keuzes maken, maar zich tegelijkertijd sterk laten bepalen door wat anderen van hen denken. Vroeger in de periode van de verzuiling bestond er een veelkleurigheid aan diverse opvattingen. Nu is het politiek incorrect een duidelijke opvatting uit te dragen.

Ook een opvallende manier van kleding of lichaamsdecoraties zijn niet zomaar uitingen van vrijheid. De behoefte op te vallen en zich te onderscheiden wordt veelal ingegeven door minderwaardigheidsgevoelens, die de vrijheid aan banden leggen. Tevens zijn angst en schaamte voor anderen in niet geringe mate doorslaggevend voor onze gedragingen.

De mens wordt wat hij is mede door de ontmoetingen met medemensen. Tekenend is in dit verband het verhaal van Pinocchio. Hij blijft een houten marionet zolang hij zich aan zijn verantwoordelijkheid omtrekt en zich daardoor in allerlei waanzinnige avonturen stort. Pas wanneer hij mededogen krijgt met zijn maker Gepetto en een poging onderneemt om die te redden wanneer die op zee in een storm gevaar loopt te verdrinken, kan hij mens worden. In het verlengde hiervan: de mens kan pas echt mens worden door zijn relatie met zijn Schepper die hem tot zijn heeft gebracht en naar Wiens beeld hij geschapen is.

1.2. Van mensbeeld naar waarden en normen: de principes van de medische ethiek

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

W.J. Eijk

Hoe kunnen we nu uitgaand van de beschreven mensbeelden komen tot de formulering van waarden en normen? Bij de bespreking van het katholieke mensbeeld kwam al de vraag ter sprake in hoeverre we het recht hebben om te beschikken over het menselijke lichaam. Op de eerste plaats is het nodig nader stil te staan bij de betekenis van de begrippen ‘recht’ en ‘beschikking’.

Volgens het Romeinse Recht en de traditie die zich daaruit tot en met de Middeleeuwen ontwikkelde, betekent recht primair ‘dat wat rechtvaardig is’. Bij het begin van de Moderne Tijd treedt onmiskenbaar een verschuiving op. De Spaanse Jezuïet Francesco Suarez (1548-1617) noemt als eerste betekenis van recht een soort bevoegdheid die ieder mens heeft, ofwel over wat hij bezit, ofwel over wat hem toekomt. De nadruk komt daardoor te liggen op de houder van het recht en zijn recht in de zin van een bescherming van zijn bevoegdheid of zijn vrijheid om iets te doen of van de zeggenschap over zichzelf of iemand anders. De inhoud van het recht, namelijk of wat iemand kan doen op zichzelf juist of goed is, raakt op de achtergrond. Via filosofen als Hugo de Groot (1583-1645), Locke (1632-1704) en Pufendorf (1632-1694) heeft Suarez een aanzet gegeven tot wat tegenwoordig bekend staat als de ‘choice theory of rights’. Volgens deze theorie is recht vooral een voordeel

dat de houder van een recht *heeft*, in plaats van dat wat goed of rechtvaardig *is* (vgl. wat *Veritatis splendor* nr. 23 zegt over de cultuur van het *hebben* tegenover die van het *zijn*). Door het eenzijdig benadrukken van de vrijheid van de houder van het recht komen rechten diametraal tegenover wetten en plichten te staan, terwijl de traditie aannam dat er tussen beide begrippen een onlosmakelijke band bestaat. Feitelijk wordt de vrijheid om iets te doen losgemaakt van de waarheid.

Een recht heeft echter altijd betrekking op een bepaald object, waarmee men rekening dient te houden. Het recht op vervroegde uittreding is van een andere orde dan het recht op leven. Maar in welk opzicht verschillen deze rechten? Verhelderend is de nadere indeling die de klassieke moraaltheologie onder gebruikmaking van een tevens onder juristen gangbare terminologie hebben gemaakt met betrekking tot het subjectieve of actieve recht, opgevat als de competentie iets te eisen als een objectief recht, dat wil zeggen als iets dat men aan de persoon verschuldigd is. Het klassieke onderscheid tussen de verschillende subjectieve en objectieve rechten is nog steeds zeer geschikt om duidelijk te maken welk verband er bestaat tussen een recht en de inhoud ervan.

Wie alleen het gebruiksrecht heeft bijvoorbeeld van een huis dat hij heeft gehuurd, kan het bewonen en wanneer hij recht op vruchtgebruik heeft, het gebruiken voor zijn onderneming, als was hij de eigenaar, maar kan het niet verbouwen zonder diens toestemming. De eigenaar houdt het eigendomsrecht inclusief het beschikkingsrecht. Het recht volledig over iets te beschikken houdt in dat de mens het betreffende object kan gebruiken als middel voor een zelfgekozen doel: hij mag het verkopen, weggeven, veranderen, vernietigen of vervangen. Wie over iets het beschikkingsrecht heeft, kan – met andere woorden – zelf de finaliteit of de teleologische waarde ervan bepalen (*telos* is het Griekse woord voor *doel*).

Genoemde voorbeelden zijn uiteindelijk tot twee fundamentele vragen te herleiden: welke is de hiërarchie tussen de verschillende waarden die in het geding zijn (pensioen, bezit, leven), en in hoeverre moet de daaraan inherente finaliteit gerespecteerd worden? Er is geen discussie over de vraag of iemand mag beschikken over zijn pensioen of het huis dat hij bezit, vooropgesteld dat hij anderen en het algemeen welzijn geen schade berokkent. Hij heeft een ruim, zij het uiteraard niet onbeperkt recht om zijn inkomen of zijn eigen huis voor een zelfgekozen doel te bestemmen. De fundamentele vraag in de medische ethiek en de bio-ethiek is: hoe ruim is het beschikkingsrecht van de mens ten aanzien van zijn lichamelijk leven, zijn biologische natuur.

I.1.2 De ethische waarde van het menselijke lichaam

J.A. Raymakers en F.J. van Ittersum

W.J. Eijk

Dat mensen niet tot middel mogen worden gedegradeerd, wordt door velen erkend. Voor de medische ethiek is van doorslaggevend belang of deze norm ook voor het menselijke lichaam geldt. Mag de mens over de eigen biologische natuur beschikken? In hoeverre hebben we het recht om in het menselijke lichaam in te grijpen en er veranderingen in aan te brengen. Men krijgt haast de indruk van wel. Met krachtige medicamenten kunnen we chemische processen beïnvloeden en in een aantal gevallen ook aansturen. Organen kan men verwijderen bijvoorbeeld wanneer zij door kwaadaardige ziekten zijn aangetast. Behoudens de hersenen en andere delen van het centrale zenuwstelsel is er praktisch geen orgaan of lichaamsdeel, of het kan worden vervangen. Daarbij kan gebruikt gemaakt worden van transplantatieorganen en ook van kunstmatige organen of lichaamsdelen. Met krachtige neurofarmaca of psychofarmaca kan men hersenfunctie en daardoor de

menselijke psyche verregaand beïnvloeden.

Door de toepassing van nieuwe technieken openen zich op therapeutisch gebied tot voor kort ongekende perspectieven. Met het aanbrengen van de brain computer interfaces (BCI) in de hersenen kan de ziekte van Parkinson, met name de tremor, adequaat worden bestreden. Meer dan honderdduizend mensen lijdend aan doofheid zijn uitgerust met een cochleair implantaat dat geluidssignalen doorgeeft aan de gehoorzenuw. Maar er wordt ook gespeculeerd over de mogelijkheid BCI's te gebruiken om de functie van de hippocampus – het gedeelte van hersenen dat een grote rol speelt bij de geheugenfunctie – te imiteren of te versterken. Bij militairen en beurshandelaren zouden BCI's diensten kunnen bewijzen door een snelle uitwisseling van informatie rechtstreeks aan neuronale netwerken in de hersenen. Zo wordt de grens tussen therapie en enhancement, dat wil zeggen de verbetering van eigenschappen van de hersenen en van de geest van overigens gezonde mensen, overschreden. Dit is een ingreep in de menselijke geest en de menselijke natuur die veel verder gaat dan wij ons tot voor kort konden voorstellen. Kan de menselijke geest (mind) zelfs zodanig worden veranderd dat een ander, niet meer menselijk wezen ontstaat?

Aangeboren afwijkingen aan geslachtsorganen kunnen operatief worden verholpen. Maar ook hier bestaan niet-therapeutische toepassingen. Een transseksueel kan desgewenst door toediening van hormonen en een chirurgische reconstructie van de geslachtsorganen – en in de toekomst misschien door transplantatie van geslachtsorganen van overledenen – althans uiterlijk van geslacht veranderen. Zeker een jongere man kan zo uiterlijk (fenotypisch) in een vrouw veranderen; het omgekeerde gebeurt ook, maar is technisch moeilijker.

Ook is het de vraag in hoeverre wij mogen ingrijpen in de menselijke voortplanting, door toepassing van kunstmatige bevruchtingstechnieken en door kloneren.

Als de modificatie van DNA, vooral in de kiembaan, eenmaal toepasbaar is, zal het misschien mogelijk zijn de mens van de toekomst op maat en naar smaak te ontwerpen. Hoewel dit laatste nog verre toekomstmuziek is, leert het succes met het kloneren van schapen en muizen, vóór 1996 bij zoogdieren nog voor onmogelijk gehouden, dat onverwachte snelle ontwikkelingen op dit terrein niet moeten worden uitgesloten.

De meest radicale beschikking over het menselijk lichaam betreft het levensbeëindigend handelen binnen het kader van suïcide, euthanasie en levensbeëindiging zonder verzoek. Het gaat hier om de beschikking over leven en dood.

De vraag die centraal staat in de medische ethiek, luidt dan ook: in hoeverre mag de mens in zijn biologische natuur ingrijpen? Een vraag die daar direct mee samenhangt is: mag hij dat alleen om therapeutische redenen of tevens om zijn biologische natuur – ook in situaties waarin van ziekten of handicaps geen sprake is – te verbeteren of te herscheppen? Als hij over zichzelf beschikkingsrecht heeft, dan is het antwoord bevestigend. Wie over iets het beschikkingsrecht heeft, kan er de finaliteit, doelgerichtheid of de teleologische waarde van bepalen. Dat men – binnen zekere grenzen – beschikkingsrecht heeft over het eigen huis, het inkomen of vermogen, staat niet ter discussie. Maar hebben we ook zo'n beschikkingsrecht over onze biologische natuur?

Het antwoord op de gestelde vragen hangt samen met ons mensbeeld. Met name gaat het om de vraag hoe wij aankijken tegen de waarde van het lichaam in relatie tot de waarde van de menselijke persoon in zijn geheel. De behandeling van alle mogelijke mensvisies die er zijn, zou vereisen dat we de hele geschiedenis van de filosofie en de theologie door exerceren. We beperken ons daarom tot de behandeling van het op dit moment meest voorkomende mensbeeld, dat van het huidige seculiere denken. Vervolgens vergelijken we dat met de mensvisie van het christelijk personalisme.

1.2.1 Het mensbeeld van de hedendaagse seculiere samenleving

De lichaamscultuur binnen de seculiere Westerse samenleving kenmerkt zich door een merkwaardige innerlijke tegenstrijdigheid. Enerzijds worden het lichaam en de perfectie daarvan als het hoogste goed ervaren. Anderzijds geldt het lichaam als een manipuleerbaar en maakbaar object, dat in zekere zin tegenover de persoon staat. De gezondheidszorg biedt niet alleen behandelingen voor de genezing van ziekten, maar vervult ook een aantal wensen van mensen wier lichaam weliswaar gezond is, maar niet perfect wordt geacht en daarom verbetering zou behoeven. Daarvan getuigt de snelle opkomst van de cosmetische chirurgie 'Beter maken' krijgt in plaats van 'genezen' de connotatie van 'perfectioneren'. Naar verwachting zal deze trend zich in de toekomst verder voortzetten. Genetische screening zal ertoe leiden dat 'gebreken' al aan het licht kunnen worden gebracht nog lang voordat zij manifest zijn. De toepassing van embryobiopsie en prenatale diagnostiek heeft nu reeds tot gevolg dat 'imperfecte' mensen vaak geen kans krijgen geboren te worden. Wanneer de gezondheidszorg geen technische mogelijkheden meer in huis heeft om aan de behoeften te voldoen en de ontluistering van het lichaam niet kan tegenhouden, dan grijpt de cultuur van de maakbare mens steeds vaker naar de uiterste technische oplossing voor het lijden die nog rest: door levensbeëindigend handelen 'maken' dat de lijdende mens er niet meer is.

Aan de manier waarop de huidige seculiere samenleving tegen de omgang met het menselijke lichaam aankijkt ligt een materialistisch mensbeeld ten grondslag, dat zijn oorsprong vindt in de Anglo-Amerikaanse empiristische filosofie. Het betreft de 'Identity Theory of Mind', die de menselijke geest, de 'mind', identificeert met de fysiologische processen van het meest cruciale orgaan van het lichaam. Thomas Hobbes (1588-1679), de eerste filosoof die deze theorie propageerde – ofschoon niet onder die naam – zag op basis van de biologie van zijn tijd het hart als zetel van de mind. Toen door de vooruitgang in biologische kennis duidelijk werd dat de hersenen in het lichaam een centraal coördinerende functie uitoefenen, werd het persoon zijn met dit orgaan geassocieerd. Zo zag de filosoof en zoöloog Haeckel aan het einde van de 19e eeuw de ziel als een biologische functie van de hersenen. Een geestelijke waarde als de liefde is naar zijn inzicht een complex fysisch-chemisch proces in de hersens van de hogere diersoorten. In de huidige mensbiologie en de geneeskunde bestaat nog steeds de tendens om het specifiek menselijke te vereenzelvigen met de menselijke hersenen, die door middel van het perifere zenuwstelsel en het endocriene systeem het lichaam besturen. Daardoor wordt het mens zijn gereduceerd tot bepaalde hersenstructuren: het bovenste gedeelte van de hersenstam, verantwoordelijk voor het 'zelfbewuste autonome ik', het cerebrum en vooral de cerebrale cortex.

Er komen verschillende versies voor van een materialistische opvatting van de menselijke geest. De Identity Theory of Mind staat ook bekend als de Central-state theory of the mind. Deze theorie identificeert de toestand van de geest met processen in de hersenen of eenvoudigweg de geest (mind) met de hersenen. De menselijke geest wordt hoogstens beschouwd als een soort epifenomeen van processen in de hersenen, of zoals T.H. Huxley het uitdrukte aan het einde van de 19e eeuw, 'the smell above the factory' (geciteerd uit Armstrong 1968, 9), zonder daarbij overigens een zuiver materialistische verklaring van de menselijke geest los te laten. Hoewel de pioniers van de Identity Theory of Mind overtuigd zijn dat hun mensvisie dualisme uitsluit, impliceert hun theorie feitelijk een scherp onderscheid tussen de menselijke geest aan de ene kant en de menselijke biologische natuur of het lichaam aan de andere kant. Dit blijkt met name bij seculiere ethici die de Identity Theory of Mind als uitgangspunt hanteren, bijvoorbeeld Engelhardt en Singer, waarover hieronder meer.

Hoewel de Identity Theory of Mind elke tweedeling in de mens tussen een immaterieel geestelijk en een materieel lichamelijk element, zeg maar een 'ziel' en een 'lichaam' ontkent, impliceert zij een dualisme (tweedeling): enerzijds heeft de mens een 'geest' of 'mind', de eigenlijke menselijke persoon die kan denken en autonome beslissingen kan nemen en wordt geïdentificeerd met elektrofysiologische functies van de hogere

hersenkernen en de hersenschors, en anderzijds het lichaam, dat niet specifiek is voor de mens als zodanig en daarom wordt gezien als een instrumentele waarde. Het lichaam is slechts een fysieke waarde of, zoals men ook wel zegt, een premorele waarde: het heeft geen intrinsieke waarde, maar slechts een extrinsieke waarde, dat wil zeggen de waarde die de mens zelf of anderen eraan toekennen.

De Identity Theory of Mind komt heel pregnant naar voren in bijvoorbeeld de medisch-ethische opvattingen van de Amerikaanse arts-filosoof H. Tristram Engelhardt en de Australische filosoof Peter Singer. Volgens hen wordt een menselijk wezen, dat wil zeggen een wezen dat op basis van zijn genoom een menselijke biologische natuur heeft, pas een menselijke persoon met alle rechten van dien wanneer het manifest over een rationeel vermogen beschikt, autonoom kan beslissen en tot menselijke sociale communicatie in staat is. Omdat de hersenen pas rond een jaar na de geboorte voldoende zijn gerijpt om genoemde functies te ondersteunen, wordt het menselijk wezen pas op dat moment tevens een menselijke persoon. Dit impliceert een onverhuld dualisme tussen enerzijds menselijke wezens met een menselijk lichaam en een menselijke biologische natuur en anderzijds menselijke personen, dat wil zeggen menselijke wezens met een menselijke bewustzijn. Feitelijk is het persoon zijn gereduceerd tot enkele voor de mens specifieke hersenfuncties.

Het hoeft nauwelijks betoog dat dit dualisme vergaande ethische consequenties heeft: embryo's, foetussen en pasgeboren zijn geen menselijke personen met een recht op leven en lichamelijke integriteit dat zonder meer hoeft te worden gerespecteerd. Er is hooguit een geleidelijke ontwikkeling van het persoon zijn. Naarmate deze ontwikkeling bijvoorbeeld omstreeks de geboorte een zeker niveau heeft bereikt, kan hooguit van een 'marginal person' worden gesproken. De mens heeft in die fase een status die overeenkomt met die van de hogere apen. Op basis van dit mensbeeld zijn abortus provocatus, experimenten waarbij embryo's worden verbruikt en levensbeëindigend handelen bij gehandicapte pasgeborenen te rechtvaardigen.

Door de scherpe scheiding tussen menselijke personen en menselijke wezens staat de menselijke persoon als kennend en zingevend subject niet alleen tegenover zijn omgeving, maar ook tegenover het eigen lichaam als tegenover een object. Deze mensvisie verwoordt – zoals gezegd – een gevoel dat vrij algemeen in de maatschappij herkenbaar is. Er is een enorme aandacht voor het lichaam, maar dan als middel om zich te presenteren, dus als een prestigeobject. Onder deze belangstelling gaat vaak een diepe ontevredenheid schuil met het lichaam zoals het is. Het is juist daarom dat de nieuwe mogelijkheden om het lichaam te 'reconstrueren' zo'n grote aantrekkingskracht uitoefenen.

De Identity Theory of Mind dient ook om euthanasie en medische hulp bij suïcide te rechtvaardigen en levensbeëindigend handelen zonder verzoek bij wilsonbekwame mensen: wanneer het lichaam door ziekte is aangetast en ontlusterd, kan het zijn instrumentele waarde verliezen en kan men er afstand van doen of kunnen anderen, zoals ouders van een gehandicapte pasgeborene, onder bepaalde voorwaarden besluiten om zijn leven te laten beëindigen.

De Identity Theory of Mind hangt nauw samen met de praktisch algemeen aanvaarde evolutietheorie. Binnen het kader van de evolutie, zo is de gedachte, hebben de hersenen een zodanig ontwikkelingsniveau bereikt dat zij in staat zijn het denkproces en het nemen van autonome beslissingen te ondersteunen. De menselijke geest zou als het ware binnen het kader van het evolutieproces naar boven zijn gekomen. Doordat er in het evolutieproces steeds nieuwe levensvormen ontstaan en ook de mens zich steeds verder ontwikkelt tot wellicht weer een hogere levensvorm, zijn er geen vastliggende ethische waarden en normen. Met name in het debat over de toelaatbaarheid van genetische manipulatie en kloneren wordt wel gesteld dat de mens door zijn geëvolueerde geest een ontwikkelingsniveau heeft bereikt waarop hij zijn evolutie in eigen hand kan nemen en sturen. Binnen dit kader wordt de mens een vergaand beschikkingsrecht over de eigen biologische natuur

toegekend.

1.2.2 Dualistisch denken onder katholieke theologen in de 2e helft van de 20e eeuw

Ook onder een aantal katholieke (moraal)theologen in de 2e helft van de 20e eeuw komt een vorm van dualistisch denken voor, overigens vanuit een andere en meer gecompliceerde filosofische achtergrond dan die van de Identity Theory of Mind. Dit dualisme vindt haar oorsprong in de transcendente theologie van Karl Rahner. Geconfronteerd met de secularisering probeerde Rahner een opening te vinden bij de mens voor de Openbaring door te veronderstellen dat de menselijke geest een transcendente oriëntatie op het zijn heeft. Rahner ontwikkelde zijn transcendente theologie op basis van het transcendentaal thomisme van Maréchal, die had geprobeerd om het Kantiaanse denken te integreren in de thomistische filosofie. Tevens onderging hij de invloed van Heidegger. Rahner schreef aan de mens een 'athematisch' bewustzijn toe van het zijn in zichzelf zonder de zintuiglijke waarneming van concrete (categoriale) dingen. Dat bewustzijn zag hij als de noodzakelijke voorwaarde voor het hebben van abstracte kennis. De transcendente openheid voor het zijn impliceert ook een openheid voor het oneindig zijn, die de vorm kan krijgen van een bewustzijn van God. Belangrijk voor de ethiek is dat er volgens Rahner ook een transcendentaal bewustzijn van de vrijheid bestaat, niet zozeer op het vlak van het kennen als wel op dat van het handelen. Deze originele vrijheid kan geen object zijn van de empirische psychologie, die doordat ze de oorzaken van psychische verschijnselen bestudeert, alleen de grenzen van de vrijheid kan aangeven. De oorzaak van de originele vrijheid kan niet worden aangegeven, anders zou zij geen vrijheid meer zijn. Hoewel de vrijheid van de mens transcendentaal is, is haar realisering geïncarneerd in het categoriale handelen. Op deze wijze wordt een wig gedreven tussen de fundamentele (transcendentale) vrijheid en concrete uitdrukkingen van die vrijheid. Volgens Rahner is de transcendente vrijheid aanwezig in en niet door middel van categoriale handelingen.

Parallel aan de gedachte dat de mens in zijn handelen door zijn transcendente vrijheid en niet direct door zijn categoriale handelen een openheid voor God heeft, ontvouwt Rahner de gedachte dat God in deze wereld alleen als een transcendente oorzaak inwerkt, dat wil zeggen alleen door middel van secundaire aardse oorzaken. De overtuiging dat God ingrijpt in deze wereld op categoriaal niveau ligt ten grondslag aan de klassieke gedachte dat de mens geen beschikkingsrecht over het menselijke leven heeft, omdat God de Heer van het leven is. Deze argumentatie wordt aangevoerd om aan te tonen dat euthanasie of abortus provocatus ongeoorloofd zijn. Zij ligt eveneens ten grondslag aan de gedachte dat het echtpaar bij het doorgeven van het leven met God samenwerkt. Dit is de basis voor de leer van de Kerk inzake menselijk ingrijpen in de voortplanting in de vorm van contraceptie en kunstmatige voortplanting. Deze visie op Gods ingrijpen in de schepping door middel van categoriale handelingen impliceert een te antropomorf Godsbeeld, aldus Fuchs. Rahner verklaart het ontstaan van een menselijk wezen niet als de vrucht van een samenwerking tussen het echtpaar en God, in die zin dat het echtpaar het biologisch substraat voortbrengt en God direct de menselijke ziel schept – hetgeen een ingrijpen van God op categoriaal niveau zou veronderstellen. Hij meent dat God als transcendente oorzaak aan het echtpaar een kracht verschaft waardoor het zichzelf kan transcenderen en de oorzaak kan zijn van de integrale nieuwe menselijke persoon, de ziel inbegrepen. Hij noemt dit 'zelftranscendentie', in het Duits 'Selbstüberbietung'. Bijgevolg zou de gedachte dat God een belangrijke rol speelt bij het vaststellen van morele normen betreffende categoriale handelingen, ook uit een antropomorf Godsbeeld voortvloeien. Dat de mens beeld en gelijkenis is van God wordt gezien als basis voor de mogelijkheid dat de mens in staat is om Gods transcendente wil te implementeren door middel van zijn categoriale handelen. De verantwoordelijkheid



van de mens houdt in dat hij is aangesteld tot categoriaal beheerder van de schepping. Gods rechten moeten echter niet op categoriaal niveau worden gesitueerd. De relatie tussen God en Zijn schepping is transcendentiaal, terwijl die van mensen tegenover de schepping categoriaal is, aldus Jans .

De gedachte dat de eigenlijke vrijheid van de mens transcendentiaal is en dat God alleen op transcendentiaal niveau in de schepping ingrijpt, heeft tot consequentie dat categoriale handelingen en de concrete wereld, de menselijke biologische natuur inbegrepen, op zichzelf grotendeels hun ethische relevantie verliezen. Dit blijkt overduidelijk uit Rahner's visie op genetische manipulatie . Uitgaande van het begrip van de 'transcendentale natuur' van de mens acht hij het onmogelijk om de vraag te beantwoorden welke biologische verandering de wezensnatuur van de mens als persoon ernstig zou schaden:

'want er is weinig, eigenlijk bijna niets, in de biologische constitutie van de mens dat hij als noodzakelijk voor zijn natuur kan aanzien: integendeel, het is hem duidelijk dat veel, bijvoorbeeld een bijzondere kleur of hoeveelheid haar, zeker niet tot zijn wezensnatuur behoort' .

Rahner's theologische mensvisie, vooral door Bernard Lonergan stevig gepromoot , was een invloedrijke factor met betrekking tot de ontwikkeling van twee stromingen in de katholieke moraaltheologie in de 2e helft van de 20e eeuw: de theorie van de fundamentele optie en het proportionalisme.

1. De theorie van de *fundamentele optie* is gebaseerd op de begrippen 'transcendentale vrijheid' en 'transcendentale liefde' en op inzichten van de gedragswetenschappen. Zij houdt in dat de basale beslissing die de menselijke persoon maakt op het niveau van de fundamentele, transcendentale vrijheid die aan de vrijheid van concrete keuzes voorafgaat, bepalend is voor het evalueren van zijn morele leven als geheel. Concrete keuzes zijn slechts beperkte uitdrukkingen van de fundamentele optie en niet doorslaggevend voor deze evaluatie. De theorie van de fundamentele optie wordt special toegepast op het typisch katholieke onderscheid tussen doodzonde en dagelijkse zonde: men zou alleen van doodzonde kunnen spreken met betrekking tot de fundamentele optie, niet ten aanzien van concrete handelingen . De theorie van de fundamentele optie is vooral uitgedragen door Bernard Häring .
2. De *proportionalisten* onder de moraaltheologen beschouwen concrete kwade handelingen, zoals het beëindigen van het menselijke leven of ongeordende seksuele handelingen, als 'ontisch' of 'premoreel' kwaad . Dit onderscheid vindt zijn oorsprong zowel in het dualisme tussen het transcendente en het categoriale niveau van het menselijk handelen van de transcendentale theologie van Rahner als ook in het seculiere Anglo-Amerikaanse utilitarisme. Het morele oordeel over de concrete handeling hangt af van de wijze waarop de transcendentale vrijheid zich verhoudt tot de goede en kwade effecten ervan. Als er tussen beide een evenredige verhouding bestaat (een ratio proportionata), dan kan het zijn dat het premorele kwade effect is gekozen met de intentie om het goede effect te realiseren. De wil of de transcendentale vrijheid wordt dan verondersteld gericht te zijn op het goede effect. De handeling kan daarom moreel goed zijn. Om een voorbeeld te geven: abortus provocatus uit egoïstische motieven moet worden afgewezen. Vruchtafdrijving valt echter te rechtvaardigen indien verricht om een groter kwaad voor de moeder te voorkomen . Sommige proportionalisten aarzelen echter om abortus op grote schaal te rechtvaardigen, gezien de



moeilijkheid om de waarde van het leven van de foetus te vergelijken met dat van de moeder . Concrete handelingen vallen onder concrete of materiële normen, die nooit onder een absoluut verbod kunnen vallen, omdat men nooit op voorhand kan uitsluiten dat er ooit een ratio proportionata is, die de betrokken handeling legitimeert. Het proportionalisme houdt daarom in dat concrete handelingen in zichzelf nooit als intrinsiek (essentieel) kwaad kunnen worden gekwalificeerd. Alleen transcendentale normen kunnen absoluut zijn of met andere woorden universeel geldig. Hieronder vallen volgens het proportionalisme normen die houdingen afwijzen die haaks staan op deugden en vereiste doelstellingen: men mag nooit onprudent, onrechtvaardig of liefdeloos handelen .

Het concept van het transcendentale athematische bewustzijn van het zijn en van de vrijheid, hoewel bedoeld als een poging om het Christelijk geloof meer toegankelijk te maken voor een seculariserende wereld, blijkt contradictoir genoeg uit te draaien op een bijdrage aan de secularisering van de ethiek: omdat het contact tussen God en mens en Gods ingrijpen in de schepping worden beperkt tot het transcendentale niveau, verbleken de betekenis van het geloof in God en de relatie met Hem voor het concrete, dagelijkse leven.

Hoewel minder expliciet dan het 'mind-body dualisme' van de Identity Theory of Mind, wordt ook de transcendentale mensvisie gekenmerkt door een dualisme, namelijk tussen de transcendentale vrijheid en het concrete handelen van de menselijke persoon. Het gevolg is hetzelfde: op het niveau van het concrete handelen, ook met betrekking tot onze menselijke biologische natuur, zou men slechts kunnen spreken van fysiek of premoraal kwaad. Het teweegbrengen van dat kwaad kan eventueel door een goede intentie worden gerechtvaardigd. Ook hier is de ethische impact van de menselijke biologische natuur verzwakt, waardoor aan de mens een ruim beschikkingsrecht over het lichaam kan worden toegekend.

1.2.3 De visie van de Kerk op de verhouding tussen lichaam en geest

In de meeste culturen en binnen de meeste filosofische mensvisies overheerst het dualisme. Sprekende voorbeelden zijn de mensvisie van Plato en Descartes. Volgens Plato is de ziel de menselijke persoon, terwijl het lichaam een kerker zou zijn waarin de ziel tijdens dit leven is opgesloten . Voor René Descartes bestaat de mens uit twee gescheiden componenten, ziel en lichaam. Feitelijk is de mens in zijn ogen 'een denkende geest,' dus de ziel, terwijl hij het menselijke lichaam als een machine beschouwt. Het is moeilijk aan te geven hoe twee totaal verschillende substanties als lichaam en ziel samen de mens kunnen constitueren. Beide blijven volgens hem dan ook volstrekt gescheiden, maar treden met elkaar in interactie via de epifyse, de pijnappelklier . Hoe we ons deze interactie moeten voorstellen, verklaart hij niet. In onze tijd is deze visie duidelijk herkenbaar bij de neurofysioloog Eccles en de filosoof Popper die veronderstellen dat er een immateriële 'mind' is die de elektrische activiteit van de neocortex afleest . Zij beschrijven evenals Descartes de verhouding tussen geest en lichaam als een soort parallellisme, maar geven een meer plausibele verklaring voor de interactie tussen beide.

Men is vrij algemeen geneigd de mens te identificeren met enkele specifiek menselijke functies die hem van dieren onderscheiden, met name het denkvermogen en de vrijheid, terwijl zijn biologische natuur als een bijkomstig element wordt gezien. Tot op zekere hoogte is dat begrijpelijk. Biologische functies zijn grotendeels gedetermineerd, wat betekent dat zij zich aan de controle van de wil onttrekken. Of wij willen of niet, aan onze activiteiten worden door het lichaam grenzen gesteld. Na inspanning raken we vermoeid. De lichaamsfuncties



kunnen door ziekte en ouderdom ontregeld raken. Bovendien worden biologische driften, zoals hongergevoel, behoefte aan slaap en seksuele impulsen, vaak als dwang en een beperking van de menselijke vrijheid beschouwd. Het lichaam wordt daardoor niet zelden als een last ervaren.

Het dualisme impliceert echter een aantal moeilijkheden:

1. Hoe begrijpelijk teleurstellingen vanwege de beperktheden van het lichaam ook zijn, toch blijft staan dat wij onszelf als een eenheid ervaren. Gabriel Marcel drukt het zo uit: ik ben mijn lichaam al weet ik tegelijkertijd dat ik iets meer ben . Een dualistische mensvisie kan deze algemene ervaring niet verklaren.
2. Eveneens kan zij geen bevredigende verklaring geven voor de algemene ervaring dat rationele kennis het resultaat is van een verwerking van zintuiglijke informatie door de rede. Een mens kent zichzelf slechts door de zintuiglijke ervaring van de dingen buiten hem en van zijn lichaam. Uiteraard kan de mens zichzelf ook door introspectie leren kennen. In zijn zelfbewustzijn treft hij echter niets anders aan dan de voorstellingen afgeleid uit informatie die hij via de zintuigen van de dingen om hem heen en zijn lichaam heeft ontvangen.
3. Denken is een proces dat plaatsvindt door middel van symbolen die via zintuiglijke informatie aan de materiële dingen om ons heen zijn ontleend. Hoewel ook dieren enigszins van symbolen gebruiken kunnen maken, is het specifiek voor de mens dat hij door middel van symbolen de essentiële kenmerken van de dingen kan onderscheiden. Dit maakt duidelijk dat het menselijke denkproces zijn uitgangspunt heeft in een fysiek proces, de zintuiglijke waarneming en de verwerking van de zo verkregen informatie door de hersenen. Tegelijkertijd blijkt hieruit dat het denkproces het louter fysieke niveau overstijgt.
4. Bovendien kan een dualistische mensvisie die het geestelijke aspect van de mens identificeert met de menselijke persoon als zodanig, een voor hem essentiële eigenschap niet verklaren: iedere menselijke persoon is uniek en onherhaalbaar. Deze uniciteit vloeit niet voort uit het vermogen tot abstract denken en het nemen van vrije beslissingen dat we in principe met elkaar gemeen hebben, maar uit de specifieke eigenschappen van het lichaam, de emotionele belevingswereld die nauw verbonden is aan lichamelijk-zintuiglijke informatie, en de eigen biografie die ook direct samenhangt met het gegeven dat de mens lichamelijk is. Verschillen in intelligentie en doorzicht worden niet door verschillen in de ratio bepaald die alle mensen als geestelijk vermogen gemeenschappelijk hebben, maar door verschillen in de capaciteit van de hersenen om zintuiglijke informatie te verwerken . De mate en de wijze waarop de vorm tot expressie kan komen wordt bepaald door de dispositie van de materie. Omdat de uniciteit van de menselijke persoon zo strikt gebonden is aan zijn lichamelijkheid, kan het lichaam niet anders dan een essentieel onderdeel van de mens zijn.

Het mens-zijn kan echter niet tot het louter biologisch-fysieke niveau worden gereduceerd. Menselijke liefde kan geen zuiver biologisch-materieel proces zijn, omdat zij vrijheid veronderstelt, terwijl materiële processen volgens een gedetermineerd patroon verlopen. Wanneer bepaalde chemische stoffen bij elkaar worden gevoegd, ontstaat een chemische reactie volgens vaste fysieke natuurwetten. Hoe zou op deze wijze de menselijke vrijheid kunnen worden verklaard? Liefde zonder vrijheid is geen echte liefde, een 'agapè', maar

blijft steken in de bevrediging van een behoefte, een 'eros'. Bovendien is het denkproces dat met abstracte begrippen werkt, niet alleen als een fysisch-chemische reactie te verklaren. Omdat het denk-vermogen en de vrijheid van de mens de materie transcenderen, veronderstellen zij de aanwezigheid van een immaterieel levensprincipe.

Als de mens zowel een geestelijk en een materieel principe heeft, is er in hem uiteraard een zekere dualiteit en blijft de moeilijkheid te verklaren hoe beide een eenheid kunnen constitueren. De meest gelukkige verklaring voor de verhouding tussen het geestelijke en het lichamelijke in de mens biedt de aristotelisch-thomistische leer van de vorm en de materie. Volgens deze leer heeft de materie uit zichzelf geen enkele bepaaldheid. Wat de materiële dingen zijn, wordt uiteindelijk door de vorm bepaald. De specifieke vorm van levende wezens is de ziel, het levensprincipe. Bij de mens is dit een geestelijk levensprincipe dat de materie tot het menselijk lichaam formeert. Wat na de dood overblijft, is een lijk maar geen menselijk lichaam meer. Hetzelfde levensprincipe is zowel de grond voor rationele processen, het denken en het vrije handelen, alsook voor de vegetatieve en sensitieve processen in het lichaam. Het aannemen van meerdere verschillende levensprincipes voor alle verschillende geestelijke en lichamelijke functies van de mens, leidt automatisch tot een dualistische mensvisie. Het is echter het ik dat denkt, voelt, waarneemt en beweegt. Wanneer de materie door het geestelijke levensprincipe tot een menselijk lichaam wordt geformeerd, dan is het lichaam evident een essentieel onderdeel van de menselijke persoon. Het menselijke lichaam deelt daarom in de waardigheid van de menselijke persoon en mag evenals de menselijke persoon niet tot louter middel tot een doel worden gedegradeerd.

Bovenstaand mensbeeld kan worden gefundeerd op puur filosofische grondslag, zonder enige verwijzing naar de Openbaring. Maar ook in de Heilige Schrift, de Traditie van de Kerk en in documenten van het kerkelijke leergezag wordt het lichaam gezien als essentiële dimensie van de menselijke persoon. Dit mensbeeld houdt in dat het instrumentaliseren van het menselijke lichaam tevens het instrumentaliseren is van de mens als zodanig. Behalve in collectivistische stromingen als het communisme en fascisme ziet men de mens in het algemeen als een intrinsieke waarde, die mag worden geïnstrumentaliseerd. Dit geldt ook voor het lichaam als een intrinsieke dimensie van de mens.

Het bovenstaande heeft binnen de christelijke Openbaring een bijzondere betekenis. De mens is geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. Noch God Zelf, noch degene die naar zijn beeld en gelijkenis zijn geschapen mogen worden gedegradeerd tot alleen een middel om een doel te verwezenlijken. Omdat het lichaam een intrinsieke dimensie is en bijgevolg de mens ook in zijn lichamelijkheid naar Gods beeld en gelijkenis geschapen is, geldt dat hij over de eigen biologische natuur geen onbeperkt beschikkingsrecht heeft.

In de encycliek *Veritatis splendor* verwijst Johannes Paulus II, waar hij benadrukt dat het lichaam een intrinsiek onderdeel van de menselijke persoon is en daarom relevant voor de ethiek, eveneens naar de verhouding tussen geest en lichaam als die tussen vorm en materie. De visie dat de menselijke biologische natuur niet meer dan een fysieke waarde is en daardoor slechts een 'premorele waarde' vertegenwoordigt, 'weersprekt het onderricht van de Kerk inzake de eenheid van het menselijke wezen, de rationele ziel waarvan op zich en in essentie de vorm van het lichaam is' (n. 48).

Conclusie: een beperkt beschikkingsrecht

Als men de menselijke persoon en zijn biologische natuur niet van elkaar kan scheiden, dan betekent het instrumentaliseren van het lichaam tevens het instrumentaliseren van de persoon zelf. Om deze reden is een totaal beschikkingsrecht uitgesloten. Men mag niet door levensbeëindigend handelen het leven opofferen om aan het lijden een einde te maken. Door intensieve begeleiding en palliatieve zorg moet worden geprobeerd het



lijden dragelijk te maken. Therapeutisch ingrijpen impliceert dat men het menselijke lichaam als doel in zich bejegt. Het perfectioneren van het lichaam betekent daarentegen dat het wordt gebruikt als een middel om bepaalde gewenste eigenschappen en kwaliteiten te realiseren. Wel is er uiteraard een beperkt beschikkingsrecht over het menselijke lichaam: een door ziekte aangetast orgaan of lichaamsdeel kan worden geamputeerd of geëxtirpeerd wanneer de gezondheid van het lichaam als geheel of het leven erdoor wordt bedreigd. De grenzen van het beschikkingsrecht worden aangegeven door het totaliteitsprincipe, ook wel therapeutisch principe genoemd (zie 2.2.3 van dit hoofdstuk). Volgens dit beginsel kan een onderdeel van het lichaam alleen worden opgeofferd, wanneer dat voor het behoud van de menselijke persoon als levende totaliteit noodzakelijk is. Het totaliteitsprincipe is daardoor een van de belangrijkste beginselen van een bio-ethiek die het lichaam als essentieel onderdeel van de menselijke persoon beschouwt. Een gewetensvolle toepassing van dit beginsel voorkomt dat onze biologische natuur en daarmee wijzelf de speelbal worden van onbeheersbare technologische ontwikkelingen.