



Wat is menswaardige gezondheidszorg ?

Voordrachten gehouden tijdens de eerste cursus van de Stichting Medische Ethiek, gehouden van 23 t/m 27 augustus 1993 in congrescentrum Rolduc te Kerkrade.

Onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens. Bijdragen van prof.dr. W.J. Eijk, dr. K.F. Gunning, dr. M. de Blois, prof.dr. J.P.M. Lelkens, mevr. T.M.T.J. Broens en mr. M. Daverschot.

Dit boek is uitverkocht. De inhoud is alleen via deze website beschikbaar.



Voorwoord

Voorwoord uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg ?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Leikens, Colomba Oegstgeest, 1994

Februari 1992 werd binnen de Raad van advies van het Nederlands Artsenverbond het idee geopperd om een cursus medische ethiek te organiseren. Een comité bestaande uit de heer K.F. Gunning, arts, mevrouw T.M.T.J. Broens, anesthesie-verpleegkundige en beide ondergetekenden, heeft aan dit idee gestalte willen geven en onder auspiciën van het Nederlands Artsenverbond de eerste cursus voorbereid, die van 23 t/m 27 augustus 1993 onder de titel "Wat is menswaardige gezondheidszorg" in het Congrescentrum Rolduc te Kerkrade heeft plaatsgevonden.

Deelnemers, alsook geïnteresseerden, die verhinderd waren de cursus bij te wonen, hebben verzocht de tekst van de voordrachten in een of andere vorm ter beschikking te stellen. Dankzij de medewerking van de heer Prinsen van de Uitgeverij Colomba te Oegstgeest kunnen wij aan dit verzoek, in de vorm van dit boek, voldoen.

Inmiddels is, voor de verzorging van de publicaties van de voordrachten en de praktische organisatie van de cursussen en symposia in de toekomst, de Stichting Medische Ethiek te Maastricht opgericht. Deze Stichting zal – in samenwerking met het Nederlands Artsenverbond en ditmaal ook met de Juristenvereniging Pro Vita – in 1994 opnieuw een cursus organiseren. Het boek dat hier voor u ligt, is het eerste van de serie "Publicaties van de Stichting Medische Ethiek."

Wij hopen dat dit boek onder Gods zegen mag bijdragen tot verdieping van de kennis van de medische ethiek, die binnen een echt menswaardige gezondheidszorg onmisbaar is.

23 maart 1994

prof.dr. W.J. Eijk

prof.dr. J.P.M. Leikens

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk I: De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie in de medische ethiek

Hoofdstuk I uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg ?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Leikens, Colomba Oegstgeest, 1994

Hoofdstuk II: De filosofische en ethische status van het

embryo

door K.P. Gunning, arts

Hoofdstuk II uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Leikens, Colomba Oegstgeest, 1994

De titel van deze voordracht is misschien niet onmiddellijk duidelijk. Onder de filosofische status van het embryo moet men verstaan: de conclusie over het wezen van het embryo waartoe men komt, wanneer men uitgaat van wat wij door onderzoek over het embryo te weten zijn gekomen. Daarbij is de hoofdvraag of het embryo moet worden beschouwd als een volwaardig menselijk wezen. Op grond van deze conclusie hopen we de ethische status van het embryo te kunnen vaststellen, dat wil zeggen vaststellen of het embryo even beschermwaardig is als een volwassen mens.

Mens- en wereldbeeld

Biologisch gesproken kunnen we stellen dat elk levend wezen behoort tot één bepaalde soort. Het tot deze soort behoren wordt bepaald door het erf materiaal dat in elke celkern van zijn lichaam aanwezig is, en dat onveranderd aanwezig blijft gedurende de gehele levensduur van dit wezen, zodat we moeten concluderen dat het steeds tot dezelfde soort blijft horen en op geen enkel tijdstip van soort kan veranderen. Het menselijk embryo is drager van menselijk erf materiaal en behoort derhalve tot de soort mens vanaf de bevruchting tot de dood. Sterft een menselijk embryo dan sterft een mens, een vertegenwoordiger van de soort mens.

Dit is een biologisch antwoord op de vraag of het embryo moet worden beschouwd als een mens, maar daarmee is nog niet gezegd dat het embryo een volwaardige mens is. De mens is meer dan een biologisch wezen, meer dan een uit moleculen en cellen opgebouwd lichaam. De mens is ook een persoonlijkheid. Kunnen we zeggen dat ook het embryo een persoonlijkheid is? Deze vragen hangen nauw samen met onze opvatting van de mens en zijn wereld, dat is van ons mens- en wereldbeeld.

Er zijn talloos vele opvattingen over de mens, die meestal slechts op ondergeschikte punten van elkaar verschillen, maar die alle zijn in te delen in twee hoofdcategorieën: materialistische en realistische. Beide opvattingen gaan ervan uit dat er een materiële ofwel stoffelijke werkelijkheid bestaat. Maar als we dat aannemen dan zijn er twee mogelijkheden: ófwel er bestaat alleen materie of stof (uitgangspunt van het materialisme) ofwel, behalve stof bestaat er ook een niet-stoffelijke of geestelijke werkelijkheid (uitgangspunt van een opvatting die door sommige schrijvers realistisch wordt genoemd, zie b.v. de Encyclopaedia Britannica van 1911). Deze twee mogelijkheden zijn beide onbewijsbaar of, zo men wil beide speculatief, in de zin van de wetenschappelijke methode, die objectieve empirische bewijzen vraagt voor het bespreken van een theorie en onbewijsbare theorieën speculaties noemt. Immers, noch het bestaan noch het niet-bestaan van een onstoffelijke wereld kan objectief worden aangetoond: het bestaan niet omdat het onstoffelijke niet objectief waarneembaar is, en het niet-bestaan omdat het niet-bestaande niet kan worden aangetoond.

Maar ook al is geen van beide veronderstellingen te bewijzen, dat wil dat nog niet zeggen dat er geen andere wegen zijn om te concluderen dat de ene waarschijnlijker is dan de andere. Het gaat dan om de vraag of er aanwijzingen of ervaringen zijn die de ene theorie ondersteunen of met de andere theorie in tegenspraak zijn. Wanneer bijvoorbeeld een opvatting volledig in strijd lijkt te zijn met een algemeen erkende natuurwet, is dit een zwaarwegende aanwijzing dat de opvatting moet worden herzien. Door de verschillende levensbeschouwingen met elkaar te vergelijken en het gewicht van de ondersteunende dan wel bestrijdende aanwijzingen tegen elkaar af te wegen, moet het zelfs mogelijk zijn tot een zekere mate van consensus te

komen, ook al kan men geen bewijs leveren.

Het uitgangspunt van het materialisme is monistisch, dat wil zeggen dat het slechts het bestaan van één beginsel of werkelijkheid aanneemt ter verklaring van de verschijnselen. In tegenstelling daarmee gaat het dualisme uit van twee onafhankelijk naast elkaar staande beginselen. Op het eerste gezicht zou men denken dat elke vorm van realisme dualistisch moet worden genoemd, maar dit is een misverstand. Er is een realistische opvatting, die geest en stof als twee onderscheiden maar nauw samenhangende en elkaar aanvullende aspecten van één werkelijkheid ziet. De stof heeft een aantal kenmerkende eigenschappen – zoals weeg- en meetbaarheid, gebonden zijn aan tijd en plaats – die principieel niet aan de geest kunnen worden toegeschreven, terwijl de geest kenmerken heeft – zoals doelgerichtheid – die de stof ten enenmale mist. Ik zal hier uitsluitend spreken over dit realisme dat niet dualistisch, maar ook niet monistisch is.

Om te beginnen onderscheidt, volgens de realistische opvattingen, elk levend wezen zich van de levenloze natuur door het feit dat het bezielde is, dat wil zeggen dat het wordt gestuurd door een soorteigen, niet-stoffelijk, doelgericht, levensonderhoudend en coördinerend beginsel, dat met ziel wordt aangeduid. Verliest dit beginsel de mogelijkheid tot coördineren, dan is het wezen niet langer levend, maar ontzield ofwel dood.

Het bestaan van een ziel kan o.a. worden afgeleid uit het feit dat weliswaar in elke lichaamscel het bouwpatroon aanwezig is voor de instandhouding en ontwikkeling van een volwassen mens, maar dat dit erf materiaal slechts functioneert binnen iedere afzonderlijke cel, terwijl toch het levende wezen als geheel functioneert.

Behalve het principieel niet doelgerichte menselijke erf materiaal in elke afzonderlijke cel, moet er dus ook een menselijke ziel zijn, die doelgericht coördineert en de hele ontwikkeling tot volwassen mens dirigeert volgens het in het erf materiaal aanwezige bouwpatroon. Dit beginsel is niet het product van biologische processen, maar het coördineert deze processen vanaf het allereerste moment van de individuele menselijke ontwikkeling, en moet dus vanaf de conceptie aanwezig zijn. Vanaf de bevruchting bestaat er een levend wezen met het erf materiaal van een mens en de ziel van een mens. In dit opzicht is er geen verschil tussen embryo en volwassene. Is de laatste beschermwaardig, dan hoort de eerste het ook te zijn.

Vroegere filosofen hebben gedacht dat de vorm van een levend wezen werd bepaald door de op het betreffende moment aanwezige ziel en dat derhalve de mens gedurende zijn ontwikkeling eerst een plantenziel, vervolgens een dierenziel, en tenslotte de ziel van een mens zou ontvangen, omdat aanvankelijk het embryo nog niet de vorm van een mens zou hebben. Maar deze opvatting is achterhaald door onze huidige biologische kennis. Een levend wezen kan niet van soort veranderen. Een mens is vanaf de bevruchting drager van het erf materiaal van een mens en derhalve lid van de soort mens. Op elk moment van zijn bestaan is de mens als mens herkenbaar, ook al ontbreken aanvankelijk hoofd en ledematen die de volwassen vorm kenmerken.

Het bestaan van een ziel kan niet worden aangetoond: de ziel is niet stoffelijk, niet meetbaar of weegbaar; haar plaats in het lichaam is niet vastgesteld. Consequente materialistische theorieën ontkennen dan ook het bestaan van de ziel. Maar als de ziel niet bestaat dan heeft niet alleen het embryo maar ook de volwassen mens geen ziel, zodat in dat opzicht ook weer geen verschil bestaat tussen volwassene en embryo. Beide zijn evenvolwaardige vertegenwoordigers van de soort mens.

In de jongste embryonale stadia zijn er nog geen hersenen, zodat we moeten aannemen dat alle embryonale cellen gezamenlijk worden gestuurd door het coördinerende beginsel. Maar zodra de hersenen beginnen te functioneren, zien we dat dit beginsel het lichaam alleen door middel van de hersenen bestuurt. Maar het feit dat in alle latere levensfasen de hersenen nodig zijn wil de ziel kunnen coördineren, wil niet zeggen dat er vóór de aanleg van de hersenen nog geen ziel aanwezig zou zijn. Integendeel: de aanleg van hersenen heeft alleen

zin als er een ziel is om de biologische processen te coördineren.

Volgens Viktor Frankl, psychiater te Wenen, kan men verschillende geestelijke dimensies onderscheiden. Men kan zeggen dat de ziel van een plant slechts één geestelijke dimensie kent (de vitale dimensie), de dierenziel twee (vitale en sensorische) en de ziel van een mens drie (de vitale, de sensorische en de geestelijke dimensie in engere zin). Alleen bij de mens is er sprake van een geest in volle zin zoals men alleen van een ruimte kan spreken als alle drie ruimtelijke dimensies aanwezig zijn. De ziel of psyche van de mens wordt door sommigen gezien als “het vitaal-sensorische aspect van de menselijke geest, het aspect dat de mens met de dieren gemeen heeft; anderen beschouwen de ziel, drager van de in het erf materiaal vastgelegde instincten, als overgang tussen geest en lichaam.

Wisselwerking tussen geest en lichaam

Men zou dus kunnen redeneren dat het embryo wel een ziel heeft, maar nog niet de drie geestelijke dimensies kent. Volgens de hier gepresenteerde realistische opvatting is de mens een persoon, dat is een geestelijk-stoffelijke eenheid, bestaande uit een stoffelijk aspect, het lichaam, en een geestelijk aspect, de persoonlijkheid of de geest van de mens, het coördinerend levensbeginsel dat alleen bij de mens, volgens Frankl, alle drie de geestelijke dimensies bezit. We zouden dus direct kunnen antwoorden en zeggen dat, als elk levend wezen vanaf het eerste moment van zijn bestaan bezielde is door zijn soorteigen coördinerend beginsel, ook bij de mens dit soorteigen beginsel vanaf het eerste moment van zijn bestaan als driedimensionale persoonlijkheid aanwezig moet zijn. Was dat niet zo, dan zou inderdaad het menselijk embryo niet de soorteigen ziel bezitten maar een tweedimensionale dierenziel, hetgeen reeds eerder al in tegenspraak met de gevonden feiten moest worden verworpen.

Maar er valt meer te zeggen. Volgens de realistische opvatting zijn bewustzijn, denken en communiceren geestelijke vermogens, die door de hersenen tot uiting kunnen worden gebracht, omdat de menselijke hersenen zó zijn gebouwd dat ze gevoelig zijn voor geestelijke invloeden.

Deze mogelijkheid om de hersenen te beïnvloeden was tot voor kort hét grote struikelblok voor elke realistische mensopvatting. Want volgens de wetten van de warmteleer is een verandering in een gesloten systeem (in dit geval het lichaam met de hersenen) alleen mogelijk wanneer energie van buiten het systeem (vanuit de geest) wordt toegevoegd of onttrokken. Aangezien een onstoffelijk wezen per definitie niet beschikt over energie, zou het onmogelijk zijn de processen binnen de stoffelijke hersenen te veranderen door een zuiver geestelijke invloed.

Het interessante is dat de oplossing voor dit probleem in principe is gegeven door de ontdekking van de quantumtheorie (1900), maar dat het mechanisme op zich, dat de geest in staat stelt de hersenen te gebruiken, nog maar kort geleden is ontrafeld. Het komt erop neer dat op moleculair niveau, dat wil zeggen op het niveau van de quanta, grotere of kleinere energieschommelingen plaats vinden die principieel onvoorspelbaar zijn. Daardoor zijn op een gegeven moment verschillende gebeurtenissen mogelijk die vrijwel even waarschijnlijk zijn, maar waarvan er in werkelijkheid natuurlijk steeds maar één wordt gerealiseerd. Welke dat is wordt bepaald door ‘het toeval’.

Nu kan het op het moleculaire niveau weinig verschil maken of de ene gebeurtenis plaats vindt dan wel de andere, maar op het niveau van het dagelijks leven kunnen de gevolgen van de ene gebeurtenis heel anders zijn dan van de andere. Een hersencel heeft steeds twee mogelijkheden: zij kan een prikkel afgeven aan de

volgende hersencellen of zij kan in rust blijven. In bepaalde gevallen kan een toevallige energieschommeling op het moleculaire niveau maken dat de cel juist actief wordt of juist niet actief wordt. Dit al of niet actief worden blijkt voor de menselijke geest een bepaalde betekenis te hebben. Uit de afwisseling van actieve en niet-actieve cellen kan de geest blijkbaar een bepaalde boodschap afleiden, zoals het oog in de afwisseling van lichte en donkere punten op een televisiescherm het beeld van een hollend paard kan herkennen. Het al of niet in actie komen van een bepaalde hersencel op een bepaald moment kan zodoende onderdeel zijn van een bepaalde boodschap die de geest tot uitdrukking wil brengen. Men moet zich dan voorstellen dat de geest in staat is 'het toeval te leiden' zodat de mogelijkheid, die past bij de gewenste boodschap in werkelijkheid, plaatsvindt (zie Eccles).

Het merkwaardige is, dat op deze manier de wetten van de warmteleer volledig worden gerespecteerd, omdat de verschillende mogelijkheden even waarschijnlijk zijn, zodat er geen, extra energie nodig is om één van deze mogelijkheden 'toevallig' te laten plaats vinden. Het probleem, dat geestelijke besturing van de hersenen schending van de onschendbare warmtewetten inhield en daardoor een theoretische onmogelijkheid was, is opgelost. Besturing van de hersenen kan nu worden verklaard, ook al zal men nooit kunnen bewijzen dat het toeval door de geest is geleid, waardoor nu juist die ene mogelijkheid, die in de boodschap paste in werkelijkheid heeft plaatsgevonden. Maar op grond van deze – op de quantumtheorie gebaseerde – verklaring, zijn we nu ook gerechtigd en in feite min of meer gedwongen aan te nemen, dat bewustzijn en doelgericht denken geen producten zijn van de stoffelijke en daardoor principieel niet-doelgerichte hersenen, maar van de menselijke geest.

Denken een geestelijke activiteit

Want een belangrijk feit waar realisme en materialisme het over eens zijn is, dat de stof geen eigen wensen heeft of eigen plannen kan uitvoeren. De stof houdt zich strikt aan de wetten van de waarschijnlijkheid. Op deze veronderstelling berust één van de belangrijkste natuurwetten, die van de warmteleer, een wet die bv verklaart waarom een inktdruppel zich over een heel glas water verspreidt en niet omgekeerd. Theoretisch zou de inkt weer één druppel kunnen worden, maar die toestand is zo uiterst onwaarschijnlijk dat wij dit nooit waarnemen. Alle planmatigheid in de natuur, voorzover niet het gevolg van vaste wetten, moet volgens het realisme worden toegeschreven aan een niet-stoffelijke invloed, zoals van de Schepper of van de menselijke geest. Denken, waarnemen, bewustzijn, beleven van pijn en genoegen moeten daarom worden beschouwd als mogelijkheden van de menselijke geest, niet van de stoffelijke hersenen. De hersenen zijn een bijzonder ingewikkeld en meestal onontbeerlijk hulporgaan, maar denken is een geestelijke activiteit.

Dit is één van de meest essentiële verschillen tussen materialisme en realisme.

Volgens de materialistische opvatting is de mens een zuiver stoffelijk wezen. Als dat zo is dan moeten bewustzijn, denken, waarnemen, het beleven van pijn, plezier, enzovoort, worden beschouwd als producten van de hersenen. Zonder hersenen kan er dan geen sprake zijn van bewustzijn of denken. Bij een embryo dat nog geen hersenen heeft en bij een patiënt in coma, waarbij de hersenfunctie ontregeld is, zou men dan niet kunnen spreken van een bewuste persoonlijkheid. Maar het materialisme kan niet verklaren hoe een zuiver stoffelijk wezen als de mens zou zijn, bewust kan willen en voelen, terwijl de stof juist uitdrukkelijk niet willen en gewaarworden kán. Het materialisme kan ook geen enkel feit aanwijzen, op grond waarvan we zouden moeten besluiten dat het embryo niet beschikt over de vermogens van een volwassene, die als producten van de hersenwerking worden beschouwd.

Volgens de realistische opvatting zijn, zoals gezegd, bewustzijn en denken geestelijke vermogens, die door de hersenen tot uiting kunnen komen, omdat de menselijke hersenen zó zijn gebouwd, dat ze gevoelig zijn voor geestelijke invloeden. Zonder hersenen (in coma en vóór de aanleg van hersenen) kan de persoon zich niet uiten; hij kan niet laten merken dat hij bij bewustzijn is, dat hij schrikt of pijn voelt. Hij kan niet communiceren. Maar dat wil niet zeggen dat er geen persoonlijkheid aanwezig is. Integendeel: een comateuse patiënt is een levende persoon, die regelmatig bij bewustzijn kan zijn. Een patiënt die kort vóór de Golfoorlog in coma raakte, kon – toen hij enige weken later ontwaakte – vertellen dat de oorlog was begonnen. Hij had kunnen horen wat zijn vrouw zei en voelde haar hand. Als de zuster hem niet waarschuwde dat zij de bloeddruk ging opnemen of een injectie kwam geven, schrok hij.

De hersenen zijn onder meer het orgaan waarmee wij communiceren. De aanleg van de hersenen in het embryo heeft alleen zin als er een persoonlijkheid is, die in staat is om met behulp van die hersenen te gaan communiceren met anderen. De menselijke persoonlijkheid met zijn drie geestelijke dimensies en zijn vermogens om uitdrukking te geven aan gedachten en gevoelens en zelfbedachte plannen doelgericht uit te voeren, is niet het product van de stoffelijke hersenen die principieel niet bewust en doelgericht zijn. De persoonlijkheid met deze vermogens moet reeds aanwezig zijn voordat de hersenen worden aangelegd en voldoende ontwikkeld zijn. Er is inderdaad geen enkele reden en geen enkele waarneming die aanleiding geeft te denken dat de persoonlijkheid niet vanaf het begin aanwezig is. Wie een realistische mensopvatting koestert en toch meent dat het embryo geen persoonlijkheid is, zal zwaarwegende argumenten moeten aanvoeren voor deze mening. Hij zal ook moeten aangeven wanneer de overgang naar de driedimensionale persoonlijkheid plaatsvindt en uitleggen hoe een tot de soort mens behorend wezen gedurende de eerste fasen van zijn bestaan kan worden bezielde door een niet-menselijke ziel.

Tot zover gedachten over de filosofische status van het embryo. Zij leiden tot de conclusie dat er veel argumenten zijn om aan te nemen dat het menselijk embryo vanaf de conceptie een menselijk wezen is met een menselijke ziel en een menselijke persoonlijkheid met alle vermogens van de volwassene, vermogens die pas zichtbaar worden in latere stadia van zijn ontwikkeling. Er zijn geen feiten die steun geven aan de materialistische opvatting, dat de genoemde menselijke vermogens een product zijn van de hersenen en derhalve nog niet aanwezig kunnen zijn voordat de hersenen zijn aangelegd en ontwikkeld.

De ethische status van het embryo

Op grond van de zojuist genoemde conclusies moet men aannemen, dat er geen verschil tussen embryo en volwassene is aan te wijzen op grond waarvan het embryo niet dezelfde ethische status zou toekomen als de meer ontwikkelde en volwassen mens. Als de mens vanaf de geboorte recht op bescherming van zijn leven heeft, dan is er geen reden dit recht aan de ongeboren mens, het zwakste lid van de menselijke familie, te onthouden.

Doet men dit toch, dan wordt er een bres geslagen in de muur die ons allen beschermt, zodat wij allen in gevaar komen. Dit recht op leven wordt genoemd in art.2 van de Europese Conventie inzake de rechten van de mens. Het eerste lid van dit artikel luidt: 'Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet.' Als wij op willekeurige gronden gaan tornen aan het begrip 'een ieder', waardoor niet ieder lid van de soort mens recht op leven wordt toegekend, kan vervolgens elke andere categorie willekeurig van dit recht worden uitgesloten.

De genoemde conventie is een regionaal verdrag ter concretisering van de 'Universele verklaring van de

rechten van de mens' die in december 1948 is aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Art.3 van deze verklaring luidt: 'Een ieder heeft het recht op leven, vrijheid en onschendbaarheid van zijn persoon.' En de preambule van deze verklaring begint met de volgende zinsnede: 'Overwegende dat de erkenning van de inherente waardigheid en van de gelijke en onvervreemdhare rechten van alle leden van de mensengemeenschap grondslag is voor de vrijheid, gerechtigheid en vrede in de wereld;' Anders gezegd: willen we vrede, vrijheid en gerechtigheid verwirkelijken in de hele wereld, dan moeten wij erkennen dat alle mensen een inherente waardigheid en gelijke rechten bezitten, die door niemand kunnen worden vervreemd. Een willekeurige uitsluiting van ongeboren mensen maakt deze verklaring en de daarop gebaseerde conventie van meet af aan een leeg gebaar.

De gedachte dat het leven van alle mensen beschermwaardig is, wordt volgens de preambule in verband gebracht met het bereiken van een doel: het verwirkelijken van vrede, vrijheid en gerechtigheid in de hele wereld. We zouden deze gedachte kunnen beschouwen als onderdeel van een ethiek, die we humanitair zouden kunnen noemen, omdat zij uitgaat van de waardigheid en de rechten van iedere mens.

Op dit moment wordt er een taaie strijd gevoerd tussen deze humanitaire ethiek en een ethiek, die de rechten van een mens afhankelijk stelt van zijn kwaliteit van leven en zijn nut voor de samenleving. Een voorbeeld van deze ethiek vindt men in een hoofdartikel in het blad "California Medicine" van september 1970, het blad van de Californische Artsenorganisatie, met de titel: "Een nieuwe ethiek voor geneeskunst en samenleving." Dit artikel zegt dat de medische ethiek tot nu toe gehaseerd was op de Joods-Christelijke gedachte dat alle mensen gelijkwaardig zijn. Volgens het artikel was het niet mogelijk deze ethiek vol te houden, omdat er overbevolking dreigt en omdat men niet langer bereid is elke kwaliteit van leven te aanvaarden. De hoogste kwaliteit hebben zij die gezond, mooi en sterk zijn; de laagste kwaliteit hebben zieken en lichamelijk of geestelijk gehandicapten. Het artikel zegt dat er keuzen zullen moeten worden gemaakt op grond van medische maatstaven, en dat degenen, die niet aan deze maatstaven voldoen, moeten worden verwijderd. Maar op dit moment is opzettelijk doden nog iets afschuwelijks. Daarom moet eerst abortus worden toegestaan, omdat men heel lang kan volhouden dat abortus niets te maken heeft met doden van mensen. En als eenmaal abortus is aanvaard als een gewone behandeling zal ook euthanasie kunnen worden toegepast, eerst vrijwillig, maar zo nodig op den duur ook zonder verzoek. Naast geboortenregeling zou er ook sterfteregeling moeten komen, en de artsen zouden zich nu al hierop moeten voorbereiden volgens het artikel.

Toen dit artikel in 1970 verscheen leek het volkomen onwerkelijk. Nu wordt in Nederland het opzettelijk doden van patiënten, met of zonder verzoek, niet alleen ongestraft gelaten, maar zelfs in 80% van de gevallen normale geneeskunst genoemd.

Er is dus een andere ethiek gekomen, die nu in Nederland reeds geheel de ethiek van de Universele Verklaring heeft verdrongen. Deze ethiek zegt openlijk dat het leven van mensen niet die absolute waarde heeft die men vroeger eraan toekende, en dat het beperken van de wereldbevolking en het bevorderen van een hoge levenskwaliteit achtenswaardige doelen zijn, die het verwijderen van ongeneeslijk zieken en nutteloze gehandicapten volledig rechtvaardigen.

Maar ook deze ethiek, die utilistisch kan worden genoemd, laat een bepaalde soort van samenleving zien die zal worden verwirkelikt als deze ethiek algemeen zal zijn aanvaard.

Er is geen reden die ons dwingt de ene dan wel de andere ethiek te aanvaarden. Maar we doen er goed aan te beseffen welk soort samenleving we uiteindelijk zullen krijgen, als de ene dan wel de andere ethiek het wint.

We kunnen kiezen tussen enerzijds het aan de ongeborene toekennen van dezelfde beschermwaardigheid, die

de Universele Verklaring en de Europese Conventie ons bieden, en anderzijds het niet-toekennen van deze beschermwaardigheid aan het embryo, waardoor tenslotte ons aller recht op leven zal afhangen van de willekeur van artsen. In dat opzicht is de ethische status van het embryo nauw verbonden met de ethische status van de hele mensheid.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk III: De juridische status van het embryo

door dr. M. de Blois (1)

Hoofdstuk III uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

1. Inleiding

Nadenkend over de plaats van de jurist in een discussie over medisch-ethische onderwerpen, schiet mij het punt dicht van P.A. de Génestet te binnen: "Wees u-zelf, zei ik tot iemand; Maar hij kon niet: hij was niemand." (2) Het is de vraag of de jurist nog wel een eigen gezicht heeft als het om vragen betreffende de status van het embryo gaat. Is het niet zo dat hij te rade gaat bij de medicus waar het om de feiten gaat, terwijl hij de ethicus consulteert als de normen in het geding zijn?

Het is langzamerhand niet meer ongebruikelijk dat de rechter als deskundigen medici en ethici oproept in een proces betreffende de vragen op het terrein van de rechtspositie van het menselijk embryo. Heeft hij dan zelf niets meer te zeggen? Of is zijn taak slechts, door zijn machtswoord gelding te verlenen aan wat "medisch-ethisch gesproken" gangbaar is? De organisatoren van dit symposium hebben in ieder geval de behoefte gevoeld naast de medicus en de ethicus een jurist aan het woord te laten. Het is aan de toehoorders om te beoordelen of hij inderdaad iemand is.

2. Recht en moraal

Het is goed meteen gelijk aan het begin duidelijk te maken dat het recht nooit in zuivere vorm aanwezig is. Het is niet alleen steeds verbonden met de maatschappelijke werkelijkheid, maar vertoont ook steeds de trekken van morele overtuigingen van degenen, die geroepen zijn rechtsregels op te stellen of uit te leggen en toe te passen, kortom van de wetgevers, rechters en bestuurders.

Dat komt natuurlijk heel duidelijk aan het licht als het gaat om een controversieel maatschappelijk probleem als de vraag naar de juridische status van het embryo. Een voorbeeld kan dit verhelderen.(3) Een aantal jaren geleden moest de Inter-Amerikaanse Commissie voor de rechten van de mens – die functioneert in het verband van de Organisatie van Amerikaanse Staten – zich uitspreken over de vraag of het in de Verenigde Staten van Amerika vigerende recht met betrekking tot de abortus in overeenstemming was met artikel I van de Amerikaanse Verklaring inzake de rechten en verplichtingen van de mens. Zoals bekend kende (en kent) het Amerikaanse recht een vrijwel ongebreidelde abortusvrijheid.

Artikel I van genoemde Verklaring begint als volgt: "Every human being has the right to life ... ". De vraag was uiteraard of ook het leven van ongeboren kinderen hieronder begrepen zou kunnen worden. Vallen ongeboren kinderen onder het begrip everyone?

De meerderheid van de commissie beantwoordde deze vraag ontkennend. Daarbij werd verwezen naar de travaux préparatoires (voorgeschiedenis) van de Verklaring. Met name werd naar voren gebracht, dat een aanvankelijk voorstel om expliciet te verwijzen naar de bescherming van het leven vóór de geboorte het niet haalde.

Een minderheid van twee leden van de commissie kwam tot een andere conclusie blijkens de twee bij de uitspraak gevoegde dissenting opinions. Ook zij verwezen – onder andere – naar de travaux préparatoires. Het niet-opnemen van een expliciete verwijzing naar het recht op leven van de ongeborene was nooit expliciet gemotiveerd vanuit een ontkenning van dit recht. Ook een expliciete verwijzing naar ongeneeslijk zieken, imbecielen en geesteszieken was in de loop van de onderhandelingen weggelaten zonder dat ook maar iemand er aan twijfelde dat aan deze mensen een recht op leven toekwam.

Het verschil tussen meerderheid en minderheid was uiteindelijk niet te herleiden tot een technisch-juridisch verschil van mening over de betekenis van de ontstaansgeschiedenis van de Verklaring voor de uitleg daarvan. De fundamenteel andere keuze was ten diepste ingegeven door een verschil in mensvisie en de daaruit voortvloeiende consequenties voor de interpretatie van het recht en de feiten (m.n. betreffende de biologische ontwikkeling van het menselijk leven). Dit wordt met name geïllustreerd door de volgende passage uit de *dissenting opinion* van Dr. Marco Gerardo Monroy Cabra:

“The intentional and illegal interruption of the physiological process of pregnancy, resulting in the destruction of the embryo or death of the fetus, is unquestionably an offense against life and, consequently, a violation of Article 1 of the American Declaration of the Rights and Duties of Man. The maternal womb in which the flame of life is lighted is sacred and may not be profane to extinguish what God has created in his image and in his likeness.” (4)

Het is overigens betrekkelijk zeldzaam dat een rechter of een lid van een internationaal toezichthoudend orgaan zich zo duidelijk uitspreekt. De gegeven illustratie maakt in ieder geval duidelijk dat een juridische opinie niet slechts te maken heeft met “zuiver juridische” overwegingen, maar steeds ook met overwegingen van meta-juridische aard.

3. Probleemstelling

Tegen deze achtergrond kom ik toe aan mijn eigenlijke probleemstelling. Mij is gevraagd in te gaan op de juridische status van het embryo. Ik versta hier onder embryo de mens-in-zijn-ontwikkeling vanaf de conceptie tot aan de geboorte. De vraag naar de juridische status van het embryo wil ik in de eerste plaats beantwoorden aan de hand van het internationale recht inzake de rechten van de mens. Dit om een tweetal redenen. In de eerste plaats omdat de rechten van de mens, zoals verankerd in internationale rechtsbronnen, de uitdrukking vormen van fundamentele rechtsbeginselen van morele signatuur, die ten grondslag liggen aan onze rechtsorde. In de tweede plaats geeft hun internationale status aan dat zij (voorzover voor Nederland verbindend) in rang vóórgaan boven het nationale recht. Zij kunnen vaak rechtstreeks worden ingeroepen voor de nationale rechter, terwijl nationale bepalingen die daarmee strijdig zijn buiten toepassing moeten worden gelaten (vgl. art. 93 en 94 GW.).

Mijn voordracht zal zich dan ook in eerste instantie richten op de vraag naar het subject van de mensenrechten aan de hand van de internationale bronnen. Kan het embryo als zodanig erkend worden? Daarna volgt een toespitsing op de Nederlandse rechtsorde. Onze nationale bepalingen moeten immers met de internationale in overeenstemming zijn. Internationale rechtsnormen inzake de rechten van de mens hebben het karakter van minimumnormen (vgl. bijv. art. 60 EVRM). Zij verhinderen niet dat nationale rechtsnormen een verdergaande

bescherming beogen. Ook daarom is het van belang in te gaan op het nationale recht. Zoals te doen gebruikelijk volgen de slotopmerkingen aan het eind.

4. Het subject van de mensenrechten

a. Algemeen

Artikel 1 van de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens luidt als volgt: *"All human beings are born free and equal in dignity and rights. They are endowed with reason and conscience and should act towards one another in a spirit of brotherhood."*

De Universele Verklaring (UV) zet met deze eerste bepaling gelijk de toon, als het om de vraag naar het subject van de mensenrechten gaat. Deze rechten komen toe aan elke mens. Zij zijn verbonden met het menszijn als zodanig, los van enige nadere kwalificatie van sociale of politieke aard. Dit wordt bevestigd door de volgende artikelen van de UV, waarin steeds sprake is van een ieder als subject van de daarin opgenomen rechten. Wat geldt voor de UV is ook van toepassing op de mensenrechtenverdragen, die als een juridisch bindende uitwerking daarvan gezien kunnen worden.

Als voorbeeld noem ik artikel 2 van het Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens, waarvan de aanhef als volgt geformuleerd is: *"Everyone's right to life shall be protected by law."* In dezelfde trant bepaalt artikel 6 van het Internationale verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten (tot stand gekomen in VN-kader): *"Every human being has the inherent right to life."* Het is de vraag of deze algemene aanduidingen van het subject van de rechten van mens ook ongebornen omvat.

Uitgaande van de algemene aanduiding kan men natuurlijk stellen dat dat zonder meer het geval is. Het is immers een biologisch vaststaand feit dat de zelfstandige ontwikkeling van de menselijke persoon aanvangt met de conceptie, dat wil zeggen met de versmelting van eikel en zaadcel. Vanaf dat moment is er sprake van een human being. In de woorden van de bekende geneticus Lejeune: *"It has been shown that all the genetic qualities of the individual are already present in that first cell, that the embryo, seven days after fertilization ... emits a chemical message that stops the menstruation of his mother ... that at twenty days after fertilization ... his heart (as large as a grain of wheat) begins to beat ... at two months ... he already has human form completely: he has a head, he has arms, he has his fingers and toes ... and even the lines on his hands drawn ... and between the second and third month ... the fingerprints are already indicated ... and will not change to the end of his life ... at three months he is already able to close his eyes, to clench his fists, and if at that moment his upper lip were caressed with a thread, he would make a face ... A human being exists ... there is no doubt about that ... The fetus is a human being. Genetically he is complete. This is not an appearance; it is a fact."* (5)

De vanzelfsprekende relatie tussen de biologische gegevens en de normatieve conclusie die wij in dit citaat aantreffen wordt helaas niet door een ieder gelegd. Het zou daarom belangrijk zijn dat de verdragen inzake de rechten van de mens, en met name de bepalingen inzake het recht op leven daaruit, expliciet zouden maken dat dit recht ook toekomt aan de ongeborene. Op één uitzondering na treffen wij een zodanige uitdrukkelijke verwijzing niet aan. Die ene uitzondering is te vinden in artikel 4 van de Amerikaanse Conventie voor de rechten van de mens, dat ten aanzien van het recht op leven bepaalt, dat dit door de wet moet worden beschermd *"and, in general, from the moment of conception."* Dit verdrag is echter voor Nederland niet van belang.

In een van de voor Nederland relevante verdragsbepalingen, artikel 6 BUPO-Verdrag, is wel een aanwijzing te vinden voor de bescherming van het recht op leven van de ongeborene. Ik doel met name op lid 5 van deze



bepaling, dat de tenuitvoerlegging van de doodstraf op zwangere vrouwen verbiedt. Dit verbod is uiteraard gegeven ter bescherming van de ongeborene. (6) Dit blijkt ook uit de voorgeschiedenis van de bepaling. (7) Voor de interpretatie van het begrip “everyone” in het eerste lid van artikel 6 is dit van belang. Wanneer daaronder niet de ongeborene wordt begrepen, hebben we te maken met een niet te rechtvaardigen discriminatie. Het is immers ongerijmd het ongeboren kind van een ter dood veroordeelde moeder beter te beschermen dan het leven van het ongeboren kind van een moeder, die niet door de tenuitvoerlegging van de doodstraf wordt bedreigd. Helaas is deze voor de hand liggende systematische interpretatie geen gemeengoed.

Tenslotte moeten we ten aanzien van de algemene mensenrechtenverdragen, die voor Nederland van belang zijn, vaststellen dat pogingen om bij de onderhandelingen over de tekst daarvan een expliciete verwijzing naar de bescherming van de ongeborene op te nemen, mislukt zijn. (8) Hierbij moet overigens bedacht worden dat aan de voorgeschiedenis van verdragen bij de uitleg – ten opzichte van de tekst en de context – slechts een aanvullende betekenis mag worden toegekend (zie artikel 32 van het Weens Verdragenverdrag).

b. Rechten van het kind

Behalve deze algemene instrumenten inzake de rechten van de mens, zijn voor onze vraagstelling de specifieke teksten inzake de rechten van het kind van belang. In de eerste plaats de Verklaring inzake de rechten van het kind, die in 1959 door de Algemene Vergadering van de VN is aanvaard. Dit is op zichzelf genomen geen bindende tekst. Hij kan echter gebruikt worden als een gezaghebbende bron bij de uitleg van andere, wél verbindende teksten.

In de Preamble van de Verklaring lezen we dat “the child, by reason of his physical and mental immaturity, needs special safeguards and care, including *appropriate legal protection, before as well as after birth.*” Verder is het van belang te wijzen op het vierde beginsel van de Verklaring, dat ten aanzien van het kind stelt: “He shall be entitled to grow and develop in health; to this end, special care and protection shall be provided both to him and his mother, *including adequate prenatal and post-natal care.*”

Hoewel ook de opnemings van een apart beginsel, met daarin de bescherming van het recht op leven vanaf de conceptie het bij de opstelling van deze Verklaring niet gehaald heeft, kunnen aan de geciteerde passages toch argumenten ontleend worden voor de erkenning van de ongeborene als subject van mensenrechten in het algemeen en van het recht op leven in het bijzonder.

Die argumenten kunnen we ook vinden in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind, dat in 1989 – na een voorgeschiedenis van 11 jaar – tot stand gekomen is. (9) Nederland heeft dit verdrag nog niet geratificeerd, maar is wel van plan dit te doen. Voor onze vraagstelling is in de eerste plaats de preambule van belang. Het oorspronkelijke door Polen ingediende ontwerp voor een verdrag, kwam in belangrijke mate overeen met de tekst van de hierboven genoemde Verklaring, inclusief de verwijzing in de preambule naar de rechtsbescherming van het leven van de ongeborene. In het gewijzigde ontwerp, dat het uitgangspunt vormde voor de discussie in de werkgroep van de VN Commissie voor de rechten van de mens, belast met het opstellen van een ontwerp-verdrag, ontbrak die verwijzing. Het wekt dan ook geen verwondering dat verschillende delegaties, waaronder die van de Heilige Stoel, in de werkgroep een pleidooi voerden voor een verwijzing naar de bescherming van de ongeborene in de preambule. Daartegenover werd door met name de delegatie van de VS de “neutraliteit” van de tekst van het verdrag op het punt van de abortus benadrukt. Dit is opmerkelijk, aangezien de onderhandelingen plaatsvonden tijdens het presidentschap van Reagan en Bush, die toch steeds – voor binnenlands publiek – een pro-life standpunt uitdroegen. Daarbij moet bedacht worden dat in de VS de president verantwoordelijkheid draagt voor het buitenlands beleid.

Uiteindelijk is – met name dankzij de inspanningen van de Bondsrepubliek Duitsland – in de definitieve tekst van

de preambule van het verdrag een letterlijk citaat van de preambule van de Verklaring opgenomen, met daarin de verwijzing naar de rechtsbescherming van de ongeborene. In verband daarmee deed zich wel een bijzonderheid voor. De voorzitter van de betreffende werkgroep liet in de travaux préparatoires van het verdrag opnemen dat de betreffende alinea niet het doel heeft op de uitleg van artikel 1 van het verdrag (recht op leven) of van enige andere bepaling te prejudiciëren. De status van deze wel zeer ongebruikelijke verklaring is onzeker. Het is de vraag of daarmee aan de preambule de bij de uitleg van een verdrag gebruikelijke functie kan worden ontnomen.

Krachtens artikel 31 van het Weens Verdragenverdrag dient de uitleg van een verdrag in overeenstemming te zijn met de gewone betekenis van de daarin gebruikte begrippen in hun context en in het licht van voorwerp en doel van het verdrag. Blijkens het tweede lid van deze bepaling omvat de context uitdrukkelijk ook de preambule van een verdrag. Naast deze algemene interpretatieregel noemt artikel 32 van het Verdragenverdrag een aantal aanvullende middelen die bij de uitleg van verdragen gebruikt kunnen worden, waaronder de travaux préparatoires. Deze aanvullende middelen komen echter pas aan de orde wanneer de uitleg overeenkomstig artikel 31 de betekenis van een verdragsbepaling dubbelzinnig of duister laat, of wanneer die uitleg leidt tot een resultaat dat duidelijk ongerijmd of onredelijk is. Daaruit volgt, naar mijn oordeel, dat bij de uitleg de preambule duidelijk voorrang heeft boven de travaux préparatoires. De genoemde verklaring van de voorzitter kan dan ook aan de betekenis van de preambule niets af doen. Dit lijkt mij een belangrijke vaststelling omdat daarmee een uitleg van het verdrag, waarbij uitgegaan wordt van de rechtsbescherming van het ongeboren kind, voor de hand ligt.

Dit is in de eerste plaats van belang voor artikel 1 van het Verdrag, dat omschrijft wat onder het begrip “kind” moet worden verstaan. Aanvankelijk was voorgesteld daarin op te nemen, dat daaronder een mens vanaf het moment van zijn geboorte tot zijn 18e levensjaar (of de meerderjarigheid) zou moeten worden begrepen. Tegen deze uitdrukkelijke uitsluiting van de bescherming van de ongeborene rees verzet. Uiteindelijk werd besloten het “beginpunt” open te laten en de bepaling stelt nu, dat: “for the purposes of the present Convention a child means every human being below the age of 18 years unless, under the law applicable to the child, majority is attained earlier.”

Deze bepaling, gecombineerd met de ondubbelzinnige verwijzing in de Preambule levert belangrijke argumenten voor de rechtsbescherming van de ongeborene, al zou een expliciete verwijzing naar het moment van de conceptie, als startpunt van de bescherming, nog beter zijn geweest.

Andere bepalingen in het Verdrag bieden geen duidelijke aanknopingspunten voor de bescherming van het ongeboren kind. Helaas is een aanvankelijk voorstel om in de bepaling over pre- en post-natale gezondheidszorg te verwijzen naar de zorg voor moeder én kind niet aangenomen. Nu wordt in die bepaling (artikel 24 lid 2(d) slechts gewag gemaakt van de zorg voor de moeders.

Samengevat kunnen we vaststellen dat er in het Verdrag inzake de Rechten van het Kind belangrijke aanknopingspunten te vinden zijn voor de erkenning van de rechten van de ongeborene.

c. Internationale jurisprudentie

Van de verdragsteksten zou ik nu willen overgaan naar de bespreking van een aantal uitspraken van een internationaal orgaan, belast met het toezicht op de naleving van de rechten van de mens: de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens. Helaas geven deze maar weinig aanknopingspunten voor een juridische bescherming van het embryo.

In de eerste plaats noem ik de zaak van Paton tegen het Verenigd Koninkrijk, waarin de Commissie zich uitsprak

over de in het Verenigd Koninkrijk vigerende abortuswetgeving. (10) Een opmerkelijk gegeven van deze ontvankelijkheidsuitspraak is, dat voor wat betreft de procedure aan de ongeborene, in zekere zin rechtssubjectiviteit werd toegekend. Artikel 25 EVRM behoudt het klachtrecht voor aan degenen die kunnen claimen slachtoffer te zijn van een schending van de Conventie. Nu is het in geval van een abortus onmogelijk voor het directe slachtoffer om een klacht in te dienen. In de jurisprudentie heeft de Commissie het slachtofferbegrip geleidelijk aan uitgebreid door o.a. de figuur van het indirecte slachtoffer. Dat is iemand die door een (beweerde) schending van de Conventie ten aanzien van een ander persoonlijk getroffen wordt. De aanwezigheid van een indirect slachtoffer veronderstelt dus dat er ook een direct slachtoffer is, dat niet in de gelegenheid is zelf een klacht in te dienen. In casu werd aanvaard dat de vader van de ongeborene, wiens leven door een abortus beëindigd was, als indirect slachtoffer een klacht kon indienen. Impliciet werd daarmee de slachtoffer-status van de ongeborene erkend.

Voor wat betreft de uitleg van artikel 2 van de Conventie (recht op leven) heeft de Commissie deze lijn niet doorgetrokken. Bij de uitleg van het begrip “everyone” in die bepaling stond de Commissie in de eerste plaats stil bij de systematiek van de Conventie. Overwogen werd dat het genoemde begrip in de meeste bepalingen van de Conventie alleen betrekking kon hebben op reeds geboren mensen. Vervolgens stelde de Commissie dat de samenhang van de verschillende onderdelen van artikel 2 ook wees in de richting van een uitleg, waarbij het begrip “everyone” zou duiden op reeds geboren mensen. De in die bepaling voorziene uitzonderingen op het recht op leven (zoals bijvoorbeeld de doodstraf) zouden naar hun aard slechts betrekking kunnen hebben op reeds geboren mensen.

Verder overwoog de Commissie dat wanneer de ongeborene onder de bescherming van artikel 2 zou vallen, dit zou betekenen dat het recht op leven van de ongeborene een absoluut karakter zou krijgen, zodat zelfs in geval van gevaar voor het leven van de moeder, abortus niet zou zijn toegestaan. Artikel 2 bevat immers niet een daarop toegesneden uitzonderingsgrond. Dit werd door de Commissie als onaanvaardbaar beschouwd. De Commissie kwam tot de conclusie dat er in artikel 2 in ieder geval geen absoluut recht op leven voor de ongeborene besloten lag. De vraag of er sprake was van een beperkte bescherming van het recht op leven voor de ongeborene onder artikel 2, of van geen enkele bescherming, liet de Commissie open. De abortus in casu, uitgevoerd in het beginstadium van de zwangerschap (10 weken) vanwege de bescherming van de fysieke of psychische gezondheid van de moeder, was in ieder geval niet in strijd met artikel 2. Op de door de Commissie gevolgde redenering valt heel wat aan te merken. Terwille van de omvang van deze bijdrage verwijs ik daarvoor naar mijn eerder genoemde artikel.

In de meest recente beslissing van de Commissie inzake een geval van abortus vinden we een aantal belangrijke elementen uit de eerdere beslissing terug. (II) Daarnaast komen we een aantal nieuwe aspecten tegen. In deze nieuwe zaak ging het om de Noorse abortuswetgeving. De klacht werd ingediend door een vader van een aanvankelijk ook door de moeder zeer gewenst kind. Tijdens een bezoek aan Israël hadden de ouders drie bomen geplant: voor het kind en de beide ouders elk een. Bij terugkeer in Noorwegen veranderde de moeder van gedachten en liet het kind (na een zwangerschap van ruim 14 weken) aborteren conform de daartoe in Noorwegen geldende procedure. De redenen daarvoor waren niet van medische, maar van sociale aard. De abortus werd uitgevoerd door middel van de toediening van een medicijn aan de moeder, waardoor de “geboorte” op gang kwam. Het kind zou onder die omstandigheden “stikken” (de aanhalingstekens staan in de uitspraak).

De beslissing van de Commissie bevat een aantal nieuwe elementen in vergelijking met de Paton-zaak, al is er geen sprake van een principiële koerswijziging. Net zoals in de Paton-zaak laat de Commissie de vraag of een ongeborene aan artikel 2 enige bescherming kan ontleen open. Zij voegt daar echter nu aan toe dat zij: “will

not exclude that in certain circumstances this may be the case notwithstanding that there is in the Contracting States a considerable divergence of views on whether or to what extent Article 2 protects the unborn life.” (12)

Op zichzelf kan dit nauwelijks als een positief punt worden genoteerd. In verband met een van de meest fundamentele rechten van de mens kan men zich toch niet uitspreken voor slechts een zekere bescherming in bepaalde omstandigheden? Een opmerkelijk aspect van de beslissing in de Noorse abortuszaak is, dat ook geklaagd werd over een schending van artikel 3 EVRM: het verbod van foltering en van onmenselijke en vernederende behandeling of bestraffing. Het ging daarbij om de mogelijke pijn die de ongeborene geleden zou hebben bij het uitvoeren van de abortus. Deze klacht werd van de hand gewezen omdat de Commissie niet beschikte over materiaal waaruit de pijn van de ongeborene zou blijken. Opmerkelijk is wel dat de Commissie impliciet lijkt aan te nemen, dat de ongeborene wel als subject van het in artikel 3 gegarandeerde recht beschouwd kan worden. Anders had de vraag of er een schending van deze bepaling aan de orde was toch niet aan de orde gesteld behoeven te worden? Dit lijkt niet in overeenstemming met het in het midden laten van de rechtssubjectiviteit van de ongeborene in de overwegingen met betrekking tot artikel 2.

Samenvattend moeten we vaststellen dat de beide beslissingen, waarin de Commissie inhoudelijk op de vraag naar de rechtsbescherming van de ongeborene ingaat, weinig aanknopingspunten bieden voor de erkenning van de ongeborene als subject van mensenrechten. Ik betreur dat. De Commissie heeft besloten deze zaken in de ontvankelijkheidsfase te laten stranden, daar de klachten als kennelijk ongegrond niet-ontvankelijk werden verklaard (art.27). Daarmee is de weg naar het Europese Hof voor de rechten van de mens afgesneden. Een gezaghebbende uitspraak van dit college op het punt van de rechtsbescherming van de ongeborene behoeven we dus niet te verwachten. Dit temeer, nu het Hof in een recente uitspraak een gelegenheid om zich uit te spreken over de rechten van de ongeborene, onbenut heeft gelaten. Het ging daar om de vrijheid van meningsuiting in verband met in Ierland geldende restricties ten aanzien van informatie over abortus. Ter rechtvaardiging daarvan had de Ierse regering onder andere gewezen op het recht op leven van de ongeborene. Het Hof liet echter expliciet de vraag of artikel 2 bescherming biedt aan het recht op leven van de ongeborene onbeantwoord. (13)

5. Nationaal recht

Na een vogelvlucht over het voor Nederland relevante internationale recht, komen wij toe aan een bespreking van de vraag naar de rechtsbescherming van de ongeborene in het nationale recht. Dit dient zich te bewegen binnen de door het internationale recht getrokken grenzen. Deze grenzen hebben zoals gezegd het karakter van minimumnormen, die een verdergaande rechtsbescherming van de ongeborene niet uitsluiten.

a. Grondwet

Wanneer wij ons allereerst concentreren op de Grondwet (Gw) moeten we vaststellen dat de oogst bijzonder schraal is. De Gw geeft nergens een definitie van het subject van de daarin opgenomen grondrechten. In verschillende bepalingen wordt verwezen naar “allen” of “een ieder” als subject van het betreffende recht, soms wordt slechts van “iedere Nederlander” gesproken. Het is niet duidelijk of onder “een ieder” ook de ongeborene begrepen wordt. De Gw kent ook geen bepaling inzake het recht op leven, zoals de hierboven genoemde verdragen, zodat we ook daarbij niet te rade kunnen gaan voor een nadere invulling van het subject daarvan.

De ongeborene komt slechts aan de orde in één van de bepalingen betreffende het koningschap, artikel 26:

“Het kind waarvan een vrouw zwanger is op het ogenblik van het overlijden van de koning, wordt voor de erfopvolging als reeds geboren aangemerkt. Komt het dood ter wereld, dan wordt het geacht nooit te hebben bestaan.” Aan deze bepaling wordt in het staatsrecht in het algemeen geen conclusie verbonden ten aanzien van de status van de ongeborene in het algemeen, los van de vraag of hij van koninklijken bloede is.

b. Burgerlijk recht

In het Burgerlijk Wetboek (BW) treffen we een bepaling aan die lijkt op het zojuist geciteerde voorschrift uit de Gw. Ik doel op artikel 2: “Het kind waarvan een vrouw zwanger is wordt als reeds geboren aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. Komt het dood ter wereld, dan wordt het geacht nooit te hebben bestaan.”

Aan deze bepaling wordt in het algemeen geen conclusie verbonden ten aanzien van de juridische status van de ongeborene in het algemeen. In het gezaghebbende commentaar van Asser-De Ruiters wordt gesteld dat het niet gaat om een uitbreiding van het begrip persoonlijkheid tot de ongeboren vrucht, maar om een fictie met betrekking tot het tijdstip van de geboorte. (14) Het levend-ter-wereldkomen is een vereiste voor de toepassing van deze bepaling. Over de betekenis van deze bepaling wordt overigens wel anders gedacht. Smits verdedigt in zijn proefschrift het standpunt, dat deze bepaling gezien moet worden als een mensenrecht, waarbij de rechtssubjectiviteit van de ongeborene erkend wordt. (15) Hetzelfde geldt voor De Bruijn-Lückers, die stelt dat deze bepaling als een fundamenteel rechtsbeginsel moet worden gezien, dat het recht op leven van de ongeborene garandeert. (16) Zij wijst op een uitspraak van de Haarlemse rechtbank (uit de zestiger jaren) dat onder de door artikel 2 BW beschermde belangen ook het belang valt van de ongeborene op een voorspoedige geboorte valt. Hierbij moet aangetekend worden dat deze uitspraak dateert van vóór de Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ).

c. Strafrecht

Daarmee zijn wij toegekomen aan het strafrecht. De zojuist genoemde WAZ heeft zo goed als een einde gemaakt aan de bescherming van het leven van de ongeborene door middel van het strafrecht, zoals die voorheen bestond krachtens de in het Wetboek van Strafrecht (WvS) opgenomen strafbepalingen. Abortus provocatus staat nog steeds in artikel 296 WvS. Blijkens het vijfde lid van die bepaling is het echter niet strafbaar, wanneer de behandeling is verricht door een geneeskundige in een ziekenhuis of kliniek, waarin de “behandeling” volgens de WAZ mag worden verricht.

Dit brengt ons op de hoofdlijnen van deze wet. In de eerste plaats geldt, dat van het afbreken van de zwangerschap slechts sprake is vanaf het moment van de innesteling van het embryo. (17) Vervolgens wordt bepaald dat abortus provocatus alleen mag worden uitgevoerd in een ziekenhuis of kliniek met een vergunning. De WAZ verplicht verder tot het inacht nemen van een bedenktijd van 5 dagen tussen het indienen van het verzoek tot de abortus en de uitvoering daarvan. De WAZ bevat geen toetsbare inhoudelijke criteria, die aangeven in welke gevallen een abortus mag worden uitgevoerd en in welke niet, zoals wij dat in allerlei buitenlandse wetgevingen wel aantreffen (bijv. medische, sociale, eugenetische of criminele indicaties). De WAZ bepaalt slechts dat de handeling alleen mag worden uitgevoerd nadat, in een zorgvuldige besluitvorming, is vastgesteld dat “de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt”.

De daarbij behorende zorgvuldigheidseisen strekken ertoe te verzekeren, dat aan de vrouw voorlichting wordt gegeven over mogelijke andere “oplossingen” dan abortus. Verder is het de plicht van de arts zich ervan te vergewissen, dat het verzoek van de vrouw vrijwillig is gedaan na een zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor het ongeboren leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren. Ook moet de arts de ingreep verantwoord achten. Daarnaast moet voorzien zijn in nazorg voor de vrouw, mede in de vorm van voorlichting over anti-conceptie. Tenslotte kent de WAZ een gewetensclausule, zodat artsen of

verpleegkundigen niet gedwongen kunnen worden aan een abortus mee te werken ...

Het is goed hierbij nog op te merken dat de WAZ niet voorziet in een termijnstelling, zoals wij die in buitenlandse wetgevingen soms aantreffen. Alleen geldt, dat het afbreken van zwangerschappen van meer dan 13 weken alleen in bepaalde klinieken en ziekenhuizen mag plaats vinden. De enige grens ligt in feite bij de zelfstandige levensvatbaarheid van de ongeborene buiten de baarmoeder. Dit volgt uit artikel 82a WvS, waarin staat dat: "onder een ander, of een kind, bij of kort na de geboorte, van het leven berooven wordt begrepen: het doden van een vrucht die *naar redelijkerwijs verwacht mag worden* in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven." Het lijkt erop alsof de rechtsbescherming hier een functie wordt van de ontwikkeling van de neonatologie!

Na dit overzicht van de inhoud van de Nederlandse wetgeving op het punt van de abortus provocatus is het goed ons de vraag te stellen naar het effect ervan. Is het waar dat de WAZ althans tot op zekere hoogte een beperking van de abortusvrijheid inhoudt, zoals rondom de totstandkoming van de WAZ wel eens is opgemerkt? Voor velen, waaronder de schrijver van deze bijdrage, was het vanaf het begin duidelijk dat de WAZ slechts een onmogelijk politiek compromis was, dat weliswaar de rechtsbescherming van de ongeborene beleet, maar waarvan geen enkele inperking van de abortuspraktijk kon worden verwacht. Mr. P.H.A.J. Cremers, Advocaat-Generaal bij het Gerechtshof te Arnhem, concludeerde in 1990 in een lezing op de thema-dag van de VBOK, dat de WAZ niet geresulteerd heeft in het terugdringen van het aantal gevallen van abortus in Nederland. Hij wees in dat verband met name op de gebrekkige controle op de naleving van de voorwaarden van de WAZ. (18) In zijn Preadvies voor de vergadering van de Nederlandse Juristenvereniging in 1993 over het "Manipuleren met leven" (19), concludeert E.Ph.R. Sutorius naar aanleiding van de WAZ: "van rechtsbescherming van het embryo is (...) eigenlijk geen sprake." (20)

Hij baseert zijn conclusie met name op het ontbreken van een specifieke indicatiestelling. De omschrijving "indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt" is zeer rekbaar. Bovendien ontbreekt een specifieke strafsanctie op overtreding van de norm, waarin deze vage omschrijving is opgenomen.

6. Slotopmerkingen

Ik vrees dat de conclusie van Sutorius ten aanzien van de WAZ moet gelden ten aanzien van het Nederlandse recht als zodanig. Ook voor wat betreft het voor Nederland relevante internationale recht zijn mijn conclusies niet erg hoopvol. Er zijn weliswaar aanknopingspunten voor de erkenning van de rechtsbescherming van de ongeborene, maar deze zijn helaas zeer omstreden. Dat geldt ook voor de naar mijn oordeel vrij sterke argumenten, die ontleend kunnen worden aan het verdrag inzake de rechten van het kind. Dus ook wanneer dit verdrag in werking zal treden, zal er wellicht in de rechtspraktijk niets veranderen.

Om toch niet al te somber te eindigen is het goed nog te wijzen op het thans bij de Tweede Kamer voorliggende wetsvoorstel inzake handelingen met menselijke embryo's en geslachtscellen. (21) Hierin wordt voorgesteld experimenten met embryo's aan banden te leggen. Het is blijkens artikel 4a met name verboden om:

- a. een menselijke kloon te doen ontstaan;
- b. een menselijke en dierlijke geslachtscel samen te brengen gericht op het doen ontstaan van een meercellige hybride;
- c. een menselijke en dierlijke embryonale cel samen te brengen gericht op het doen ontstaan van een chimère;
- d. een embryo in te brengen in de baarmoeder van een dier;
- e. een samensmelting van dierlijke geslachtscellen in te brengen in de baarmoeder van een mens;
- f. in te grijpen in het genetisch materiaal van een geslachtscel of een embryo;
- g. een embryo buiten de baarmoeder, dat zich langer dan veertien dagen heeft ontwikkeld, voor onderzoek of

anderszins te gebruiken;

h. een embryo te doen ontstaan door samensmelting van geslachtscellen waarmee wetenschappelijk onderzoek is verricht;

1. een embryo te doen ontstaan met het oog op het daarmee verrichten van wetenschappelijk onderzoek.

In artikel 4b wordt de mogelijkheid geopend om bij algemene maatregel van bestuur te bepalen dat, gedurende maximaal twee jaar, wetenschappelijk onderzoek met door ivf tot stand gebrachte embryo's wordt verboden. Het lijkt erop dat dit ontwerp een aantal elementen bevat, die vanuit het oogpunt van de rechtsbescherming van de ongeborene en het respect voor het menselijk leven als zodanig positief te noemen zijn, al zou het wenselijk zijn geweest wanneer elke vorm van wetenschappelijk onderzoek met embryo's zonder therapeutisch karakter op ondubbelzinnige wijze verboden was. Blijkens de Memorie van Toelichting heeft de beschermwaardigheid van het menselijk leven vanaf het moment van de bevruchting voorop gestaan.

"De opvatting dat embryo's bescherming verdienen leeft in brede lagen van de bevolking. Zij is dikwijls gegrond op een emotionele notie, een verbazing over het wonder van het leven, die in respect en piëteit voor dit wonder tot uitdrukking komt. Meer rationeel is de constatering, dat vanaf het moment van de bevruchting het embryo kan uitgroeien tot een individu dat onverwisselbaar is met elk ander individu. Alle (genetische) informatie voor de ontwikkeling tot een volwassen mens is aanwezig. Eerbied voor en bescherming van het menselijk leven ook in dit ontwikkelingsstadium en in deze verschijningsvorm is daarom naar onze mening geboden. De waardigheid en daarmee beschermwaardigheid van de mens, c.q. het menselijk leven, kunnen immers niet afgemeten worden aan de mate waarin zich de geestelijke en lichamelijke vermogens hebben ontwikkeld, noch de wijze waarop zij zich hebben ontwikkeld." (22)

Prachtige woorden, die mijn hartelijke instemming krijgen! Het lijkt wel alsof er sprake is van een wezenlijke verandering in de morele uitgangspunten van het overheidsbeleid ten gunste van de bescherming van de ongeborene. Toch twijfel ik daar ernstig aan, wanneer ik denk aan de abortuspraktijk en het ontbreken van ook maar enige aanwijzing, dat men voornemens is de wetgeving terzake fundamenteel te wijzigen. Mooie woorden zijn niet genoeg om een daadwerkelijke rechtsbescherming van het embryo te verzekeren!

Noten

1. Matthijs de Blois is als universitair docent verbonden aan de Vakgroep Rechtstheorie/Encyclopedie van de Faculteit Rechtsgeleerdheid aan de Universiteit Utrecht.
2. P.A. de Génestet, *De dichtwerken*, Amsterdam 1873, p.311
3. Zie voor dit voorbeeld Res. 23/81 in zaak 2141 van 6 maart 1981 ("Baby Boy" abortion case) van de Inter-Amerikaanse Commissie voor de rechten van de mens, *Human Rights Law Journal* 1981, pp. 110-130
4. idem p.123
5. Aangehaald in de Dissenting Opinion van Dr. Luis Demetrio Tinoco Castro bij de eerder genoemde beslissing van de Inter-Amerikaanse Commissie voor de rechten van de mens in de "Baby-boy" zaak, *Human Rights Law Journal* 1981, p. 127
6. Zie voor soortgelijke bepalingen uit het humanitair oorlogsrecht: Artikel 76 lid 3 van het Eerste Protocol bij de Geneefse Conventies (1977) en artikel 6 lid 4 van het Tweede Protocol bij de Geneefse Conventies (1977).
7. Zie m.n.: The drafting history of Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights, Note by the editor, in: B.G. Ramcharan (editor), *The Right to life in International Law*, pp. 42-56, op p. 45
8. Zie daarover het proefschrift van P.W. Smits, *The right to life of the unborn child in international documents, decisions and opinions*, Bedum 1992, pp. 17-27
9. Zie hierover uitvoeriger mijn bijdrage: *Rechten voor het ongeboren kind?* in *Mededelingenblad van de*

Juristenvereniging Pro Vita, februari 1990, pp.19-21

10. Zaak 8416/79, D&R 19, p.244. Zie hierover mijn bijdrage "Abortus en artikel 2 van de Europese Conventie voor de rechten van de mens", NJB 1981, pp.141–150.

11. Zaak 17004/90, H tegen Noorwegen. Zie daarover mijn bijdrage "Opnieuw: abortus en artikel 2 EVRM" in Pro Vita maart 1993, pp. 17-22

12. idem p.18

13. Arrest van 29 oktober 1992 in de zaak van Open Door and Dublin Well Woman v.Ireland, Series A no. 246

14. Asser-De Ruiters, Personen- en Familierecht, Zwolle 1988, p.4

15. P.W. Smits, a.w., pp.288-289

16. M.L.C.C. de Bruijn- Lückers, Baas in eigen buik en de grondrechten, NJCM Bulletin 1986, p. 599

17. Vgl. P.H.A.J. Cremers, Is abortus een overheidszaak? (De niet-remmende werking van de wet), VBOK Themadag IX, 15 september 1990, PR-publikatie nr. 20, pp .22- 38, op p .24

18. P.H.A.J. Cremers, a.w ..

19. Zwolle 1993

20. op p. 239

21. Hand. 11, 1992-1993, 23016, nrs.1-3

22. Hand. 11, 1992-1993, 23016, nr.3, p.1 en 2

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk IV: Abortus en de ethische status van het embryo

door prof.dr. W.J. Eijk

Hoofdstuk IV uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg ?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

Vruchtafdrijving heeft in alle perioden van de wereldgeschiedenis plaatsgevonden. Hoe vaak abortus vroeger voorkwam, laat zich raden. De eed van Hippocrates bevat een clausule waarin de betrokkenheid van de arts bij vruchtafdrijving werd uitgesloten: "Ik zal aan niemand een dodelijk medicament geven, ook niet wanneer ik daarom wordt verzocht, noch iemand daartoe van advies dienen. Ook zal ik aan geen enkele vrouw een middel geven om abortus op te wekken." (1) Bekend is dat abortus provocatus onder de Romeinen tijdens de keizertijd veel voorkwam en door het romeinse recht niet werd bestraft. (2) Waar het Christendom in Europa vaste voet aan de grond kreeg, werden op abortus provocatus bij wet strenge straffen gesteld. Sinds de synode van Elvira in Spanje in 306 (3) tot in het huidige Kerkelijk Wetboek (4) staat hier excommunicatie op. De civiele rechter bestrafte abortus provocatus met de doodstraf. In 1787 werd in Oostenrijk en tijdens de Franse revolutie in 1791 ook in Frankrijk de doodstraf afgeschaft, maar er bleef op abortus een zware sanctie gehandhaafd, die varieerde van enkele tientallen jaren gevangenisstraf tot levenslang.

De grote ommekeer kwam in het jaar 1920 toen in Sowjet-Rusland vrije abortus bij wet werd toegestaan met als voornaamste motief: de bevordering van de emancipatie van de vrouw. Japan was het eerste moderne geïndustrialiseerde land dat abortus legaliseerde in 1948. In de vijftiger jaren volgden diverse Oost-Europese landen en sinds de jaren zestig en zeventig ook West-Europa en de Verenigde Staten. (5)

Een veranderde houding tegenover abortus provocatus

In relatief korte tijd veranderde abortus provocatus van een zwaar delict in een volstrekt legale ingreep, die in onze algemene ziekenhuizen bij de praktijk van alledag hoort. Hoe is deze omslag te verklaren?

In een gesecculariseerde samenleving worden kinderen niet langer gezien als een geschenk van God. In “we maken of nemen een kind” komt dat duidelijk tot uiting. De beschikbare techniek geeft de indruk dat de mens allerlei biologische processen, waaronder ook de voortplanting, beheerst. De enige grens aan wat hij kan en mag, schijnt door wat technisch haalbaar is te worden aangegeven. Binnen de techniek wordt alles beoordeeld op zijn effectiviteit als middel om iets te verwezenlijken. Wat de dingen in zich van nature zijn, speelt geen rol. Deze houding, die in de techniek vanzelfsprekend is, wordt in onze samenleving ook op het ethisch denken overgedragen. De gangbare ethiek wordt gekenmerkt door een uitgesproken utilitaristische houding. Handelingen, objecten en menselijke personen worden daardoor al snel op hun nut beoordeeld en niet op wat ze in zich zijn. De beoordeling van abortus provocatus wordt in feite op een belangenafweging gebaseerd. Het verlies van het ongeboren kind wordt als een kleiner kwaad gezien, waardoor een groter kwaad voor de moeder wordt voorkomen.

Een aantal sociologische en demografische veranderingen hebben ertoe geleid dat het moederschap heel anders dan vroeger wordt ervaren. Moederschap was vanzelfsprekend in een tijd, dat een groot aantal kinderen per gezin gewenst en nodig was om het getal van de bevolking op peil te houden. Gedurende de geslachtsrijpe periode was de gehuwde vrouw frequent zwanger, zodat het moederschap haar leven vulde. Zij was moeder. Nu wordt een groot kindertal ongewenst geacht uit vrees voor overbevolking. Als gevolg van de emancipatie, die in zich een grote vooruitgang is, zijn het moederschap, de opvoeding en het huishoudelijk werk veel minder in tel dan vroeger. Zeker is dat het geval bij de werkende vrouw. Moederschap wordt eerder gezien als een functie naast andere functies en minder met het vrouw zijn als zodanig in verband gebracht. De functie van het moederschap zou daarom eventueel voor andere belangrijker geachte functies moeten wijken.

Als gevolg van deze ontwikkelingen is de band tussen huwelijk, sexualiteit en voortplanting voor de meerderheid niet meer evident. De introductie van de pil eind jaren vijftig heeft deze tendens versterkt. Mede als gevolg daarvan brak in de jaren zestig de seksuele revolutie door, die tot een explosie van buitenhuwelijkse seksuele relaties leidde, waardoor het aantal ongewenste zwangerschappen snel steeg. Mocht anticonceptie falen, dan wordt abortus niet zelden als het uiterste middel tot geboortenbeperking gezien. (6)

De definitie van abortus

Abortus (arte) provocatus kan op verschillende manieren worden gedefinieerd. Nederlandse gynaecologen verstaan onder abortus “het termineren van een intacte zwangerschap vóór de voltooiing van de 16e zwangerschapsweek.” (7) Tussen de 16e en het begin van de 28e week van de zwangerschap wordt in Nederland van partus immaturus provocatus (letterlijk “opgewekte onrijpe bevalling”) gesproken. (8) Sommigen maken bezwaar tegen de term “zwangerschapsafbreking” zonder verdere toevoeging. Deze suggereert dat het om niet meer dan de beëindiging van een conditie van de vrouw, de zwangerschap, zou gaan, waardoor wordt verhuld dat het in feite het doden van een ongeboren kind betreft. In 1974 bleek bij enquêtes in de Verenigde Staten dat dit een reëel bezwaar is. Gevraagd werd of men het eens was met de beslissing van de Hoge Raad (United States Supreme Court) dat de vrouw op elk moment van de eerste drie maanden van de zwangerschap voor vruchtafdrijving bij een dokter terecht kan. In enquêtes waarin over “beëindiging van de zwangerschap” werd gesproken, gaf een hoger percentage van de ondervraagden een bevestigend antwoord op de genoemde vraag, dan wanneer rechtstreeks de term abortus werd gebruikt. (9) Ciccone geeft daarom de voorkeur aan de uitdrukking “prenatale infanticide.” (10) (letterlijk: het doden van een kind).

In het buitenland wordt vaak elke zwangerschapsafbreking tot de 28e week abortus provocatus genoemd. (II) Deze limiet hangt samen met het feit dat van oudsher een zwangerschapsduur van 28 weken als uiterste grens voor de levensvatbaarheid van de foetus buiten de baarmoeder gold. Dat blijkt bijvoorbeeld duidelijk uit de definitie die de Encyclopedia of Bioethics geeft: "In het medische spraakgebruik wordt abortus gedefinieerd als beëindiging van de zwangerschap, spontaan of opgewekt, vóór de levensvatbaarheid." (12) Door de ontwikkeling van de neonatale zorg is de 28 weken-grens variabel geworden. Tegenwoordig kan men met zeer gespecialiseerde medische technieken een kind soms vanaf de 20ste tot de 21 ste week in leven houden. Beneden 20 weken zwangerschapsduur is de vrucht zeker niet levensvatbaar, terwijl tussen 20 en 26 weken de levensvatbaarheid niet kan worden uitgesloten. Na 26 weken moet een normale foetus zeker als levensvatbaar worden beschouwd. Het afbreken van een zwangerschap vóór de 20ste week is dus, gelet op het criterium van de levensvatbaarheid zonder meer abortus provocatus in strikte zin. Wanneer deze grens door de verdere vooruitgang van de geneeskunde in de toekomst kan worden teruggeschroefd, zal ook de periode, waarin van abortus provocatus kan worden gesproken, korter worden. Een meer exacte omschrijving van abortus provocatus zou daarom zijn: het doden van het ongeboren kind op een moment dat het nog niet levensvatbaar is.

Na de 20ste week is de levensvatbaarheid van de foetus niet uitgesloten, mits men bereid is van alle technieken, die de moderne neonatale geneeskunde ten dienste staan, gebruik te maken. Als men na een abortus, verricht met een techniek waarbij de foetus intact blijft, het medische bijstand onthoudt, dan is de dood in directe zin het gevolg van passieve neonatale infanticide. Wordt het kind rechtstreeks gedood, dan is er sprake van actieve neonatale infanticide. Het is evident dat de grenzen tussen abortus provocatus, actieve en passieve infanticide slechts relatief zijn. In schema kan het bovenstaande als volgt worden weergegeven:

0-2 weken	2-20 weken	20-26 weken	26 weken en later
1e dag laatste menstruatie	Conceptie		
	Abortus	Passieve/actieve neonatale infanticide	

Een onduidelijkheid doet zich ook aan het begin van de zwangerschap voor. Enkele middelen tot geboortenbeperking, die algemeen voor "anticonceptiva" worden versleten, zijn in feite interceptiva, middelen die de innesteling van het embryo in het baarmoederslijmvlies verhinderen. Hun werking is ethisch gezien gelijkwaardig aan abortus provocatus. Hieronder vallen de morning-afterpil en het spiraaltje (het IUD). Het is bekend dat hormonale anticonceptiva in een aantal gevallen de eisprong en de daarop volgende bevruchting niet afremmen. Dat het dan toch niet tot een zwangerschap komt, is te wijten aan het feit dat zij tevens de nidatie onmogelijk maken. Dit effect zou, aldus Ehmann, bij sommige anticonceptiepillen in 7% van de gevallen optreden. (13) Met name zou dat het geval zijn met de anticonceptiepillen, waarin de dosis hormonen laag is gehouden teneinde het optreden van bijwerkingen zoveel mogelijk te voorkomen. Waarschijnlijk is het percentage dat Ehmann opgeeft, echter te hoog geschat. (14)

De methoden

Clandestiene abortus wordt opgewekt door het inspuiten van een zeepoplossing in de baarmoeder via het cervixkanaal of door de eivliessteek met behulp van bijvoorbeeld een breinaald. Voor het opwekken van abortus maken artsen van de volgende technieken gebruik:

Abortus langs vaginale weg

Methode	Beschrijving	Moment	Risico's
Menstruatierегeling Overtijdbehandeling (15)	Zonder functie van de cervix wordt een dunne catheter in de uterus aangebracht; met een 50 cc-spuut wordt de inhoud van de uterus weggezogen.	Binnen 14 dagen na een gemiste menstruatie	2 à 3 % bloeding of infectie
Zuigcurettage	De cervix wordt gedilateerd en vervolgens wordt een catheter, aangesloten op een vacuümaspirator, in de baarmoederholte ingebracht. Onder vacuüm wordt deze leeggezogen.	Tot 12 weken	
Curettage	De cervix wordt gedilateerd en vervolgens wordt met de stompe curette de inhoud van de uterus verwijderd	Tot 12 weken	Vaak heftige bloeding
Cervixdilatie en embryotomie (de "methode van Finks")	Na 12 weken beginnen de botten van de foetus te verkalken, zodat vacuümaspiratie niet langer mogelijk is. Na oprekken van de cervix en breken van de vruchtvliezen, worden met een speciale eitang de ledematen van de foetus vastgepakt en met een draaiende beweging van de romp los gescheurd en uit de baarmoeder getrokken. Vervolgens worden de wervelkolom en de schedel verbrijzeld, zodat ook het hoofd en de romp kunnen worden verwijderd.	Na 12 weken	

"Drug abortion"

Methode	Beschrijving	Moment	Risico's
Injectie van een hypertone zout oplossing in de vruchtwaterzak	Bij deze methode die in 1934 werd ontwikkeld, wordt 150 à 200 ml van een 20% NaCl-oplossing in de vruchtwaterzak gespoten. De foetus slikt het zoute water in en sterft binnen een uur aan hypernatriemie, die gepaard gaat met algemene vasodilatatie, oedeem, bloeding en shock. Door het geconcentreerde zout verbrandt de huid, zodat deze als losse vellen van de foetus kan worden afgetrokken. Een dag later komt de baring op gang.	Na minstens 17 weken	Zelden acute hypernatriemie van de moeder met soms de dood als gevolg

Prostaglandinen	Prostaglandinen zijn menselijke hormonen, geïsoleerd uit sperma of de zaadzakjes; zij verwekken heftige contracties van het gladde spierweefsel in de baarmoederwand zodat de vrucht wordt uitgedreven.	12 tot 24 weken	
RU 38-486, de "Abortuspil" (mifepristone)	RU-486 bevat een anti-progesteron. Progesteron is noodzakelijk om de zwangerschap in stand te houden. Het is alleen in Frankrijk en Zweden wettelijk toegestaan.	Na gemiste menstruatie tot 6 à 8 weken	Langdurige en heftige bloedingen

Abortus langs abdominale weg

Methode	Beschrijving	Moment	Risico's
Hysterotomie (sectio parva)	Dit is in feite een vroege sectio caesaria	Laat in de zwangerschap	Later ruptuur van de uterus

Het motief

Abortus kan voor meerdere doeleinden, in de geneeskunde zegt men: op meerdere indicaties, worden verricht. Klassiek is het onderscheid tussen therapeutische en eugenetische abortus. Een therapeutische abortus wordt verricht met het oog op het fysieke welzijn of het levensbehoud van de moeder, wanneer haar gezondheid of haar leven door de zwangerschap wordt bedreigd. Dit kan zich bijvoorbeeld voordoen bij een zwangere vrouw die aan epilepsie, ernstig astma bronchiale of nierinsufficiëntie lijdt. Door de ontwikkeling van de moderne geneeskunde zijn dit soort situaties uiterst zeldzaam geworden.

Eugenetische abortus heeft tot doel de geboorte van een kind met aangeboren en/of erfelijke afwijkingen te voorkomen. Omdat sinds Hitlers Derde Rijk de term "eugenetica" zwaar in diskrediet is geraakt, wordt tegenwoordig bij voorkeur van "selectieve abortus" gesproken. Sommigen spreken ook hier van "therapeutische abortus", wat uiteraard verwarring in de hand werkt. Met behulp van prenatale diagnostiek is het mogelijk om al vroeg in de zwangerschap embryonale en foetale defecten te diagnostiseren. Het volgende schema biedt een overzicht van de diverse technieken op dit gebied:

Methode	Zwanger-schaps-duur in weken	Materiaal	Te diagnostiseren foetale afwijking	Risico's
Serummonster van de moeder	15-18	a-foetoproteïne en andere eiwitten	Defecten van de neurale buis, spina bifida (open ruggetje), hydrocefalie (waterhoofd), anencefalie	Verwaarloosbaar

Foetale echoscopie	6-40	Uiterlijke vorm	Leeftijd van de foetus, skeletafwijkingen, uiterlijke misvorming	Verwaarloosbaar
Materiaal van de foetus: vlokcentest	9-12	Extra-embryonaal weefsel waaruit later de vruchtvliezen ontstaan	Cytogenetisch, biochemisch en moleculair onderzoek	1-2% verlies van de foetus

Afgezien van de risico's bestaan er tegen deze diagnostische procedures geen morele bezwaren, wanneer zij met het oog op een eventuele therapie worden toegepast. De intra-uteriene chirurgie is volop in ontwikkeling. Het is mogelijk om bij een foetus met hydrocefalie (waterhoofd) het overtollige vocht in de hersenholte via een drain naar een halsvene te laten afvloeien. Eveneens worden pogingen ondernomen om nog binnen de baarmoeder een afsluiting van de urethra operatief te verhelpen. Deze ingrepen bevinden zich nu nog in het experimentele stadium. Het is echter niet uitgesloten dat in de toekomst door middel van prenatale diagnostiek en behandeling een aantal afwijkingen nog vóór de geboorte kunnen worden verholpen. Bovendien is het belangrijk om van een aantal afwijkingen reeds vóór de geboorte op de hoogte te zijn, opdat er bij het leiden van de baring rekening mee kan worden gehouden en voor de eventuele behandeling vlak na de geboorte, de nodige voorzorgsmaatregelen kunnen worden getroffen. Op dit moment leidt de prenatale vaststelling van een afwijking echter meestal tot een selectieve abortus.

Een andere indicatie voor abortus provocatus zijn de psychiatrische, waarbij de vrucht wordt afgedreven om bijvoorbeeld een kraambedspsychose te voorkomen. Abortus op juridische indicatie vindt plaats bij een vrouw die door verkrachting of incest zwanger is geraakt. Van een psycho-sociale indicatie is sprake wanneer vruchtafdrijving plaatsvindt om psychische en/of sociale conflicten, als gevolg van de zwangerschap, op te lossen. De meest frequente indicatie is de "ongewenste zwangerschap," een gevolg van het falen van de anticonceptie.

Ethische analyse

De klassieke moraaltheologie let bij de beoordeling van een handeling op drie elementen: de intentie (het doel), het object (het primaire effect van de handeling, dat als middel wordt gebruikt om het doel te verwezenlijken) en de omstandigheden.

De intentie betreft de bovengenoemde indicaties. In abstracto zijn deze stuk voor stuk goed. Niemand kan bezwaar hebben tegen het redden van het leven van de moeder op zich, of het voorkomen van een kraambedspsychose. Het punt waar het om draait, is echter dat hier het middel, directe abortus provocatus, intrinsiek (essentieel) kwaad is. Natuurlijk heeft de intentie invloed op de moraliteit van de abortus. Wanneer abortus wordt verricht om het leven van de vrouw te redden, is het morele kwaad van de ingreep uiteraard minder, dan wanneer dat om egoïstische motieven gebeurt, maar het blijft een verkeerde handeling.

De omstandigheden beïnvloeden ook de moraliteit van de handeling. Zo is bijvoorbeeld de methode van Finks een ernstiger kwaad dan een vorm van abortus, die minder ruw en voor de vrucht onpijnlijk is. Een mildere

methode blijft echter toch kwaad, omdat een intrinsiek slechte handeling noch door een goede intentie noch door gunstige omstandigheden kan worden goedge maakt.

Naast de omstandigheden van de handeling als zodanig, kunnen er ook een aantal omstandigheden van de kant van de handelende persoon van belang zijn, voor de beoordeling van zijn verantwoordelijkheid. De persoonlijke schuld voor de vruchtafdrijving is uiteraard veel minder bij een zestienjarig meisje, wier ouders haar op straat dreigen te zetten en wier vriend haar in elkaar dreigt te slaan, wanneer ze geen abortus zal ondergaan, dan bij een echtpaar in goede doen dat tot abortus besluit, omdat een derde of vierde kind teveel lijkt.

De hedendaagse ethiek en abortus

Toen ik zojuist zei dat directe abortus provocatus een intrinsiek kwade handeling is, nam ik een voorschot op wat hierna nog verder besproken zal worden. We hebben al gezien dat het bestaan van absolute normen en intrinsiek kwaad, althans waar het om concrete handelingen gaat, in de hedendaagse ethiek niet wordt aanvaard. (16)

Abortus op verzoek wordt door aanhangers van de situatie-ethiek verdedigd als een handeling, die in bepaalde situaties door de absolute norm van de liefde wordt vereist. De liefde zou inhouden dat alleen gewenste baby's zouden mogen worden geboren, het leven en de gezondheid van de moeder worden beschermd en discriminatie geminimaliseerd. Bovendien zou het beschikkingsrecht van de vrouw over haar eigen lichaam en het voortplantingsproces moeten worden gerespecteerd. Op een geval, waarin een patiënt in een psychiatrisch ziekenhuis een ongehuwd meisje met schizofrenie verkracht, en haar vader een abortus provocatus eist om aan de ongewenste zwangerschap, die eruit is voortgekomen, een einde te maken, geeft Fletcher het volgende commentaar:

“Als hun norm het christelijke gebod tot naastenliefde is, dan zouden de situationisten in dit geval heel zeker positief tegenover abortus staan en het verzoek van de vader ondersteunen ... Zij zouden naar alle waarschijnlijkheid abortus omwille van de fysieke en geestelijke gezondheid van de patiënte goedkeuren, niet alleen wanneer dat voor het redden van haar leven noodzakelijk zou zijn. Het is zelfs waarschijnlijk dat zij abortus omwille van het zelfrespect, of de reputatie, of het geluk van het slachtoffer goedkeuren, of eenvoudigweg omdat geen ongewenste of onbedoelde baby ooit geboren zou mogen worden.” (17)

Het is en blijft de vraag waarom de norm van de liefde wel voor de moeder zou gelden, maar niet voor het ongeboren kind. Dat de moeder niet voor het kind zorgen kan en het onder die omstandigheden niet kan aanvaarden, is evident. Maar betekent dat, dat het kind ook voor de verwanten van het meisje, of voor de maatschappij “ongewenst” moet zijn? Is het niet sowieso in strijd met de absolute norm van de liefde, wanneer een mens voor “ongewenst” wordt verklaard? Wanneer de essentie van de liefde niet wordt vastgelegd, zoals dat bij de situatie-ethici het geval is, dan is de inhoud die men eraan geeft, volstrekt willekeurig.

Aanhangers van de teleologische ethiek, zoals de proportionalisten, gaan ervan uit dat abortus provocatus op zich genomen slechts ontschuldig, premoreel kwaad is. Abortus zou tevens moreel kwaad zijn, wanneer de moeder om egoïstische motieven van haar kind af zou willen. Mocht er tussen het kwaad dat de moeder voor haarzelf wil vermijden, en het kwaad van de abortus een geproportioneerde verhouding bestaan, dan zou de abortus een moreel goede handeling zijn. Overigens zijn de meeste aanhangers van deze theorie ertoe geneigd om alleen dan van een geproportioneerde verhouding te spreken, wanneer een keuze tussen het leven van de moeder en dat van het kind moet worden gemaakt. (18) Enkelen zoals Curran zijn van mening dat abortus, ook omwille van andere waarden dan het leven, kan worden verdedigd:

“Naar mijn oordeel kan abortus worden gerechtvaardigd om het leven van de moeder te behouden en omwille van andere belangrijke waarden, evenredig aan het leven, ook al heeft de handeling abortus op het oog als

middel tot een doel." (19)

De status van het menselijk embryo

De waarde van het embryo of de foetus zou naar de mening van velen door de status, die het heeft bereikt, worden bepaald. (20) Ethici, die het neokantiaanse mensbeeld als uitgangspunt nemen, beschouwen het ongeboren en pasgeboren kind niet als een menselijke persoon, omdat het nog niet over rationele vermogens, of het vermogen tot menselijke communicatie zou beschikken; (21)

"... het is niet aannemelijk ervan uit te gaan dat foetussen personen in strikte zin zouden zijn. Feitelijk is er zelfs geen grond om ervan uit te gaan dat zuigelingen personen zijn. Welke vorm van mentaal leven er voor foetussen en zuigelingen ook zou mogen bestaan, het is minimaal, zodat, als alle overige aspecten gelijk zouden zijn, de morele status van volwassen zoogdieren hoger dan die van menselijke foetussen en zuigelingen zou zijn." (22)

Bijgevolg zouden zij niet onder het principe van autonomie vallen, zodat onder bepaalde omstandigheden abortus provocatus en infanticide vlak na de geboorte gerechtvaardigd zouden kunnen worden:

"Zolang als 1) er geen kwaadwillige intentie is, en 2) de waarschijnlijke voordelen voor het toekomstige kind zwaarder wegen dan de waarschijnlijke nadelen (zodat er geen omstandigheid wordt geschapen waarin het leven niet de moeite van het leven waard zou zijn) en, zo zou men mogen toevoegen, er geen dwang op kinderen wordt uitgeoefend, wanneer zij in de toekomst zichzelf wensen te emanciperen, zelfs al is het door middel van suicide, wanneer zij eenmaal de aard van hun omstandigheden op hun waarde kunnen beoordelen en begrijpen, dan is er geen schending noch van het principe van autonomie noch van dat van weldoen." (23)

Vanaf de oudheid tot in de vorige eeuw namen veel moraaltheologen aan, dat het mannelijk embryo pas rond de veertigste en het vrouwelijke embryo rond de tachtigste of negentigste dag een direct door God geschapen ziel zou ontvangen en pas dan een persoon zou worden. (24) Sinds de jaren zestig is deze theorie van de verlate bezieling weer van stal gehaald om vroege abortus provocatus te verdedigen:

"Het minste dat we mogen verlangen alvorens aan te nemen dat er een menselijke ziel aanwezig is, is de beschikbaarheid van deze organen: de zintuigen, het zenuwstelsel, de hersenen, en speciaal de hersenschors. Aangezien deze organen gedurende de vroege zwangerschap nog niet zijn aangelegd, ben ik er zeker van dat er geen menselijke persoon is, totdat er enkele weken zijn verstreken." (25)

Vroege abortus provocatus zou daarom niet "moord op een onschuldige menselijke persoon" kunnen worden genoemd. (26)

De theorie van de verlate bezieling vindt haar oorsprong in de embryologie van Aristoteles. Hij meende dat het lichaam van het embryo ontstaat uit het menstruele bloed in de baarmoeder, dat bij de zwangerschap niet zoals bij de menstruatie wordt uitgescheiden, maar ter plekke blijft en onder invloed van een formerende kracht van het mannelijke zaad geleidelijk tot een embryo wordt omgevormd. (27) Naar zijn inzicht begint het embryo als een hoeveelheid gestold bloed, dus niet als een levende, bezielde eenheid. Het is begrijpelijk dat hij om deze reden een bezieling vanaf de conceptie voor onmogelijk hield. Sinds de ontdekking van het mechanisme van het menselijke bevruchttingsproces door von Baer in 1827 is bekend, dat het de mens begint als een levende bevruchte eicel. Daarom verviel het bezwaar van Aristoteles tegen de theorie van de directe bezieling op het moment van de conceptie en werd deze onder de theologen in de vorige eeuw dan ook gemeengoed.

Bezwaren, opgeworpen door enkele embryologische ontdekkingen in deze eeuw, vormen geen afdoende bewijs tegen de directe bezieling. Het grote, spontane verlies aan embryo's, dat frequent op zou treden, bewijst niet dat het vroege embryo geen persoon zou zijn, evenals de hoge kindersterfte onder jonge kinderen vroeger ook geen grond was om aan te nemen dat ze geen personen zouden zijn. (28) De vorming van tweelingen bewijst

evenmin dat het vroege embryo niet als individu en dus ook niet als persoon zou hoeven te worden gerespecteerd. Dit zou evengoed als een aanwijzing voor de mogelijkheid van asexuele voortplanting bij de mens in het vroege embryonale stadium kunnen worden opgevat.

Bovendien moet men zich realiseren dat de eventuele persoonsstatus van het embryo slechts relatieve betekenis heeft. Wanneer de ongeborene eenmaal als persoon wordt beschouwd, dan is in de ogen van veel ethici abortus provocatus nog niet perse uitgesloten. Alleen zou er dan voor het doden van de ongeborene een zwaarwegender reden moeten bestaan. Ook al zou het embryo trouwens nog geen menselijke persoon zijn, dan nog zou moeten worden erkend dat het in zijn DNA een ontwikkelingsprogramma bezit, dat indien het ongestoord wordt afgewerkt, leidt tot het moment waarop het dan – volgens de normale gang van zaken – een persoon zou worden. Met andere woorden: het embryo is al drager van een intrinsieke finaliteit (een essentiële doelgerichtheid), waardoor het in de waardigheid van de menselijke persoon participeert die er later uit voort zal komen.

Abortus als intrinsiek kwaad: op zoek naar de argumenten

De joodse visie op abortus is gebaseerd op de Hebreeuwse bijbel en de rabbijnse traditie. (29) De thora bevat slechts één tekst waarin uitdrukkelijk over abortus wordt gesproken, namelijk Exodus 21, 2225, een onderdeel van het “Verbondsbboek:”

“Wanneer twee mannen in een gevecht gewikkeld zijn en daarbij een vrouw raken, zodat zij een miskraam krijgt, dan geldt het volgende. Blijft de vrouw in leven, dan moet aan de schuldige een geldboete worden opgelegd, vastgesteld door haar echtgenoot; het gerecht moet toezien dat hij betaalt. Sterft zij echter, dan moet gij leven voor leven eisen. Een oog voor een oog, een tand voor een tand, een hand voor een hand, een voet voor een voet ... “

Het gaat hier over accidentele abortus. De dood van de ongeborene in geen opzet, maar het gevolg van een ongeluk. Het is opmerkelijk dat de man, die de dood van de foetus veroorzaakt, een boete moet betalen. Mocht hij echter de vrouw verwonden, dan wordt hij overeenkomstig het geldende recht van het Oude Testament beboet: leven voor leven, oog om oog, tand om tand. Heeft de vechtpartij de dood van de vrouw ten gevolge, dan moet de man die haar geraakt heeft, met zijn eigen leven betalen. Bij de dood van de foetus hoeft dat echter niet. Dit suggereert dat de foetus niet als een menselijke persoon wordt beschouwd.

Merkwaardig is dat deze tekst in de Septuagint, een Griekse vertaling van de Hebreeuwse bijbel in Alexandrië in de derde eeuw vóór Christus, heel anders luidt:

“Als twee mannen met elkaar in gevecht verwikkeld zijn en daarbij een zwangere vrouw zullen raken en haar kind niet volledig gevormd is, dan zal hem een geldboete worden opgelegd; zoals de echtgenoot van de vrouw hem zal opleggen, zal hij wat billijk is vergoeden. Maar als het volledig gevormd is, dan zal hij zijn leven voor leven geven ... “. (30)

Onzeker blijft of het hier de vertaling van een Hebreeuwse tekstvariant, of eenvoudigweg een verkeerde vertaling betreft. Hoe dan ook, er wordt hier met geen woord van een verwonding gerept, die aan de vrouw wordt toegebracht. De oudtestamentische wet van leven om leven, oog om oog, tand om tand wordt hier rechtstreeks op de foetus toegepast. Als de foetus “gevormd” is, dat wil zeggen: uiterlijke gelijkenis met een menselijke wezen vertoont, dan moet de dader met zijn leven betalen. Dit betekent dat aan het leven van de gevormde foetus dezelfde waarde wordt toegekend, als aan dat van de dader en dat de foetus dus als een



menselijke persoon wordt beschouwd. Anders zou de dader niet, volgens het typische vergeldingsrecht, met zijn leven hoeven te betalen.

Het Oude Testament zegt verder niets over de vrouw die een abortus veroorzaakt. De meeste oude bronnen van de Talmud (een gezagvolle compilatie en interpretatie van de Joodse Wet) beschouwde de foetus als een deel van het moederlichaam. Dit impliceert dat de foetus haar eigendom zou zijn, zoals bijvoorbeeld het embryo in een gekocht dier aan de koper toebehoort. Hier wordt evenwel niet de conclusie getrokken dat abortus provocatus ethisch aanvaardbaar zou zijn, maar wel dat de abortus geen moord is. De Talmud besteedt aandacht aan het moment van de bezieling, dat bij de conceptie, de geboorte of pas op een later tijdstip zou plaatsvinden. Voor de Talmud is het moment van de bezieling voor de morele beoordeling van abortus echter niet relevant. Omdat abortus niet met moord gelijkstaat, is therapeutische abortus om het leven van de moeder te redden toegestaan. Zo verklaart de Mishnah (het belangrijkste onderdeel van de talmudische literatuur, ongeveer tweehonderd jaar na Christus op schrift gesteld, maar teruggaand op een oude mondelinge traditie) uitdrukkelijk:

“Wanneer een vrouw een moeilijke bevalling heeft, dan zullen delen van het embryo in het moederlichaam moeten worden geamputeerd en stuk voor stuk eruit worden gehaald, omdat het leven van de moeder de voorkeur, boven dat van het kind, verdient. Als echter het grootste deel (of het hoofd) geboren is, dan mag het niet worden verwond, want men mag niet het ene leven voor het andere opofferen.” (31)

Feitelijk is het eerder het doden van de foetus tijdens de baring dan abortus als zodanig. Dit is de enige situatie waarin de rabbijnse traditie het doden van de ongeborene toestond. Ook al wordt hierin een uitzondering toegestaan, tegelijkertijd wordt als norm gesteld dat het kind niet mag worden gedood vóórdat het gedeeltelijk geboren is.

Na de zondvloed geeft God aan Noach en de zijnen de heerschappij over de aarde, zij het niet zonder beperkingen. Een van die beperkingen is dat de mens geen beschikkingsrecht over het leven van zijn medemensen heeft: “Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door mensen vergoten, want als Zijn beeld heeft God de mens gemaakt” (Gen. 9, 6). Dat het leven van de ongeborene hier niet expliciet wordt genoemd, is geen reden om aan te nemen dat het Oude Testament abortus als het ware stilzwijgend zou goedkeuren. Abortus staat volstrekt haaks op het grote respect dat het Jodendom voor vruchtbaarheid en voortplanting toonde. Grisez concludeert hieruit: “Het stilzwijgen van het Oude Testament over abortus provocatus wijst er eerder op dat wetgeving tegen abortus onnodig was, dan dat abortus stilzwijgend werd goedgekeurd.” (32)

Ook in het Nieuwe Testament vinden we geen enkel uitdrukkelijk verbod op vruchtafdrijving. Het verbod op het plegen van moord wordt verschillende keren genoemd (Mt. 15, 19; 19. 17-18; Rom. 1, 29, Op. 22, 15), maar nergens op de ongeborene toegepast. Dat abortus met de Nieuw- Testamentische visie op de waarde van het menselijk leven niet compatibel is, lijdt geen twijfel. De dood is de bittere vrucht van de zonde (Gen. 3; Wijsh. 2, 24), maar wordt door God in Jezus Christus door Diens Dood en Verrijzenis verslagen. “Hij is geen God van doden maar van levenden” (Mt. 22, 32). “Ik ben gekomen, opdat zij leven zouden bezitten, en wel in overvloed” (Joh. 10, •10). Dit slaat op de eerste plaats op het geestelijk leven van de mens. In het eeuwig leven wordt echter niet alleen een geestelijk voortbestaan beloofd. De mens zal verrijzen naar ziel en lichaam (1 Kor. 15). Voorts is het leven niet alleen een gave, maar ook een opgave: het is het fundamentele “talent”, dat nodig is om onze andere talenten ten behoeve van het Rijk Gods tot ontplooiing te brengen (Mt. 25, 14-30). De genoemde teksten uit de Heilige Schrift zijn echter geen strikt bewijs, dat abortus een intrinsiek kwaad is en daarom – onder welke omstandigheid dan ook – een moreel verkeerde handeling blijft.

Ondanks dat de vroege Kerk zich in een samenleving bevond, die abortus provocatus toestond, verwierp zij

vruchtafdrijving echter in niet mis te verstane bewoordingen. Zo staat in de Barnabasbrief (eerste helft tweede eeuw): "Gij zult niet het kind door abortus doden en gij zult niet het reeds geboren kind vermoorden." (33) Dikwijls wordt in dit verband de volgende beroemde uitspraak van Tertullianus (gestorven na 220) vermeld: "Het is een vroege moord, wanneer men voorkomt dat iemand geboren wordt; want het maakt weinig uit, of men een ziel verwijdt, wanneer die reeds geboren is, of die laat verdwijnen, terwijl zij nog geboren moet worden. Het is reeds een mens, die het ook zal worden (homo est et qui est futurus)." (34)

Hoewel de Latijnse Kerkvaders en de middeleeuwse theologen in het algemeen aanhangers van de theorie van de verlate bezieling waren, verwierpen zij allen abortus provocatus. (35) Wat betreft de ethische beoordeling van abortus provocatus stemde het standpunt van de grote reformatoren, Luther, Melancton en Calvijn met dat van de katholieke theologen overeen. (36)

De intrinsieke waarde van de ongeborene

De Heilige Schrift laat duidelijk uitkomen dat het leven een gave van de Schepper is, dat onder zijn bijzondere bescherming staat omdat de mens naar Gods beeld en gelijkenis geschapen is. Dit houdt in dat Hij het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht over het menselijk leven aan Zichzelf voorbehoudt. Als de ongeborene vanaf de conceptie een menselijke persoon is, dan is de conclusie duidelijk. Hij of zij heeft dan de intrinsieke waardigheid, die aan personen in het algemeen toekomt, namelijk dat nooit over hen als louter middel mag worden beschikt. (37) Men mag dus niet de dood van de ongeborene gebruiken als middel om een bepaald doel te realiseren, ook al is dat op zich nog zo goed. Dit is de fundamentele reden waarom abortus niet als het kleinere kwaad kan worden verricht, om een groter geacht kwaad voor de moeder te voorkomen.

Is dit nu ook van toepassing als het embryo nog geen menselijke persoon zou zijn? Wie gelooft in de theorie van de verlate bezieling, zal moeten toegeven dat er, zoals gezegd, in het DNA van het embryo een programma voor verdere uitgroei aanwezig is. Bij een ongestoorde ontwikkeling zal het embryo een stadium bereiken, waarin het een direct door God geschapen ziel ontvangt. Het embryo doden, vóórdat het dit moment heeft kunnen bereiken, betekent in feite dat men God in Zijn scheppend handelen belemmert. De mens stelt zich zo boven de Schepper. Het embryo bezit een innerlijke doelgerichtheid om het moment van de bezieling te bereiken en zo een menselijke persoon te worden. Daardoor participeert het aan de intrinsieke finaliteit van de persoon, die er later uit voort zal komen. Het embryo mag daarom ook, vóór het moment van de bezieling, niet als middel worden opgeofferd.

Iets vergelijkbaars geldt voor wie aanneemt, dat een menselijk wezen pas een persoon wordt en bijgevolg diens autonomie respect verdient, wanneer er een manifest denkvermogen en vermogen tot sociale communicatie aanwezig is. Hij zou zich moeten realiseren dat het hier op zijn minst om menselijke wezens zou gaan met een innerlijke doelgerichtheid om uit te groeien tot menselijke personen. Het risico hun toekomstige wil te schenden betekent net zo goed een schending van het principe van autonomie. De vrijheid en de autonomie mogen dan tot de hoogste geestelijke waarden van de mens behoren, zonder het leven is er geen vrijheid en geen autonomie. Ook al is het lichamelijk leven op zich niet het hoogste goed, het is in ieder geval een fundamenteel goed, zonder welke andere hogere goederen niet verwerkelijkt kunnen worden.

Therapeutische abortus: een uitzondering?

Veel tegenstanders van abortus provocatus maken een uitzondering voor de "therapeutische" abortus, dat wil zeggen de abortus verricht om de gezondheid of het leven van de moeder te behouden, voor zover deze door

de zwangerschap mochten worden bedreigd. Voor zover bekend treft men mogelijk de enige goedkeuring van therapeutische abortus ten tijde van de kerkvaders bij Tertullianus aan. Deze spreekt van een “noodzakelijke wreedheid” wanneer het kind bij een dwarsligging, tijdens de baring door middel van een instrument met een scherpe punt wordt gedood, alvorens tot embryotomie, dat wil zeggen de operatieve verkleining van het kind door onthoofding of door amputatie van de ledematen, wordt overgegaan. De ingreep wordt ofschoon “wreed”, noodzakelijk genoemd, omdat het kind een “matricida” (moordenaar van zijn moeder) zou worden, wanneer het niet zou worden gedood. (38)

De moderne discussie over therapeutische abortus provocatus begon in de late middeleeuwen met Jan van Napels (rond 1300), een volgeling van Thomas van Aquino. Zijn boek *Quodlibeta* is verloren gegaan, maar werd geciteerd door Antoninus van Florence (1389-1459), een aartsbisschop van deze stad. Antoninus schreef dat een arts, die aan een vrouw een middel geeft om abortus te plegen met als oogmerk het redden van haar reputatie, een doodzonde begaat. Wanneer het er echter om gaat haar leven te redden, dan zou een nader onderscheid moeten worden gemaakt. Hierbij verwees hij naar Jan van Napels, die zou hebben gezegd dat de arts aan een doodzonde schuldig is, wanneer de foetus reeds bezielde is. Mocht dat nog niet het geval zijn, dan zou abortus geoorloofd zijn om het leven van de moeder te redden. (39) Vanwege het grote gezag dat Antoninus als moraaltheoloog genoot, werd hij hier door velen in gevolgd. (40) Later verloor, zoals besproken, het onderscheid tussen de bezielde en de onbezielde vrucht in de negentiende eeuw zijn betekenis.

Van het begin van die eeuw werd het – in tegenstelling tot de periode daarvoor – gebruik, om bij een moeilijke bevalling craniotomie (punctie of verbrijzeling van de schedel van het kind) of embryotomie toe te passen, nog vóórdat het kind met zekerheid dood was. Verschillende moraaltheologen verdedigden deze procedure met als argument, dat het kind onder die omstandigheden als een ongerechtvaardigde agressor zou kunnen worden beschouwd. (41) Zoals men in een geval van legitieme zelfverdediging zijn leven mag redden door de tegenstander indien nodig te doden, zo zou dat ook voor het ongeboren kind gelden, wanneer dat een bedreiging voor het leven van de moeder zou zijn. Nadat het leergezag van de Katholieke Kerk dit standpunt aan het einde van de vorige eeuw had afgewezen, (42) werd therapeutische abortus onder katholieke moraaltheologen tot de jaren zestig algemeen als ongeoorloofd beschouwd.

De meeste protestantse auteurs achten therapeutische abortus provocatus geoorloofd. Zo schrijft Barth: “Men moet echter op basis van Gods gebod zeggen: waar tussen het leven, respectievelijk de gezondheid, van de moeder en die van het kind gekozen moet worden, daar kan het doden van het kind in de moederschoot toegestaan of geboden zijn ... ” (43)

Slechts een enkeling, zoals Bonhoeffer wijst abortus op welke indicatie dan ook af: “Het leven van de moeder is in Gods hand, maar het leven van het kind is willekeurig beëindigd. De vraag of het leven van de moeder of dat van het kind van hogere waarde is, kan moeilijk een zaak zijn waarover de mens beslist.” (44)

Het onderscheid tussen directe en indirecte abortus

Bij therapeutische abortus wordt het kind opgeofferd als middel tot een doel, namelijk het levensbehoud van de moeder. Daarom wordt ook hier de intrinsieke waardigheid van het kind, als doel in zich, geschonden. Gelukkig komt dit zware dilemma in de moderne obstetrie praktisch niet meer voor.

Er bestaan echter situaties waarin de dood van het ongeboren kind als bijwerking van een therapie kan worden aanvaard. Dat is het geval wanneer het principe van de handeling met dubbel effect van toepassing is. Een handeling met dubbel effect heeft een goed effect, dat wordt nagestreefd, en een kwaad effect, dat op de koop

toe moet worden genomen, wil men het goede effect bewerkstelligen. Stel dat tijdens de zwangerschap een kwaadaardige tumor van de baarmoeder wordt ontdekt, waarvoor de extirpatie van dit orgaan de enige afdoende therapie is. Deze ingreep heeft de dood van het kind tot gevolg. Dit laatste is aanvaardbaar, mits aan vier voorwaarden is voldaan:

1. de handeling is in zich niet intrinsiek kwaad,
2. het kwade effect is niet het middel om het goede doel te realiseren,
3. het kwade effect wordt louter als indirect effect, dat wil zeggen nóch als middel nóch als doel nagestreefd, maar slechts als bijwerking of neveneffect toegelaten,
4. er bestaat tussen het goede en het kwade gevolg een geproportioneerde verhouding.

Het operatief verwijderen van de baarmoeder is op zich geen intrinsiek kwade handeling. Bovendien is niet de dood van het kind de oorzaak van de genezing, maar het wegnemen van de baarmoeder, die door de kwaadaardige tumor is aangetast. Daarmee is tevens aan de derde voorwaarde voldaan, dat de dood van de foetus slechts als neveneffect wordt gepermitteerd. Het kwade effect, de dood van het kind, staat hier in een evenredige verhouding tot het goede effect, het levensbehoud van de moeder. Dezelfde redenering geldt voor een buitenbaarmoederlijke zwangerschap, wanneer de foetus zich bijvoorbeeld in de eileider in plaats van in de baarmoederholte heeft ingenesteld.

Essentieel is dat de dood van het kind niet de oorzaak van de genezing is, zodat het niet als middel tot dat doel wordt opgeofferd. De intrinsieke waardigheid van het kind – als doel in zich – blijft hier dus onaangetast. De dood van menselijke personen, als (mogelijke) bijwerking van bepaalde handelingen, wordt ook in veel andere situaties geaccepteerd. Het verkeer op de Nederlandse wegen vergt enkele duizenden verkeersslachtoffers per jaar. Bij het gebruik van geneesmiddelen accepteren we ook bijwerkingen, soms zelfs levensgevaarlijke, wanneer de conditie van de patiënt dat vereist.

Wanneer de dood van het kind een bijwerking, een indirect effect is, spreken we van indirecte abortus. Deze is geoorloofd, wanneer er geen andere mogelijkheid bestaat om het leven van de moeder te behouden. De directe abortus, waarbij de dood van het kind het middel is om het gestelde doel te bereiken, is echter intrinsiek kwaad. Volgens Screggia kan men alleen in het geval van een indirecte abortus met recht en reden van een “therapeutische” abortus spreken. (45)

Slot

Toen euthanasie nog onbespreekbaar was, werd abortus al op grote schaal toegepast. Op de acceptatie van abortus volgde echter die van euthanasie en op die van euthanasie volgde het pleidooi voor de actieve levensbeëindiging van langdurig comateuze patiënten en “defecte” pasgeborenen. Oppervlakkig gezien lijkt dit een “slippery slope” argument. Als je één voet op de gladde helling zet, glij je binnen de kortste keren helemaal naar beneden. Toch gaat het hier niet om een “slippery slope” argument alleen. Met de acceptatie van de abortus provocatus is de grens doorbroken, die wordt aangegeven door de fundamentele norm dat menselijke personen niet tot een gebruiksobject kunnen worden gedegradeerd. Is deze horde eenmaal genomen, dan is niet langer inzichtelijk waarom dat ook in andere situaties niet geoorloofd zou zijn. Duidelijk is dat een echt menswaardige gezondheidszorg met het respect voor de intrinsieke waardigheid van de ongeborene begint.

Noten

1. W.J. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, Brugge: Tabor,

- 1987, p. 69-70.
2. Reallexikon für Antike und Christentum, Bd. 1, s.v. "Abtreibung."
3. J.D. Mansi, Sacromm Conciliomm nova et amplissima collectio, ed. A. Zatti, vol. 2, Firenze, 1759, col. 16.
4. Codex Ius Canonici, c. 1398: "Wie vruchtafdrijving bewerkt met daadwerkelijk gevolg, loopt een excommunicatie van rechtswege op."
5. L. Ciccone, Non uccidere. Questioni di morale della vita fisica, Milano: Edizioni Ares, 1988, p. 153-155.
6. Ibid. p. 155-162.
7. J. Kremer, A.A. Haspels, Geboortenregeling bij de mens, Lochem/Gent: De Tijdstroom, 1986 (7e ed), p. 93.
8. Ibid.
9. J. Willke, B. Willke, Abortion. Questions and Answers, Cincinnati (Ohio): Hayes Publishing Company, 1988 (herziene druk), p. 251-252.
10. L. Ciccone, Non uccidere ... , op. cit., p. 145-148.
11. Ibid.; J. Willocks. J.M. Neilson, Obstetrics and Gynaecology, Edinburgh/London: Churchill Livingstone, 1991, p. 89; A.G. Spagnolo, E. Sgreccia, "Il feto umano come "donatore" di tessuti e organi," Medicina e morale 38 (1988), p. 847;
12. A. Hellegers, "Abortion: Medical Aspects," in: Encyclopedia of Bioethics, ed. Warren T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. I, p. 2.3. R. Ehmman, "Problems in family planning," Anthropotes 7 (1991), p. 100-101.
14. Persoonlijke mededeling van mevrouw Drs. L.H.L.M. Bakermans, apotheker. Tijdens de cursus medische ethiek in 1994 zal op dit probleem nog nader worden teruggekomen.
15. Deze benaming is een eufemisme. In feite is het niets anders dan een vroege abortus, wanneer conceptie heeft plaatsgevonden. Dit laatste is het geval bij 50% van de vrouwen die één week over tijd zijn, en bij 85% van hen die twee weken over tijd zijn. Cfr. J. Kremer, A.A. Haspels, Geboortenregeling bij de mens, op. cit., 103
16. Zie de eerste bijdrage aan dit boek: W.J. Eijk, "De hedendaagse stromingen en de christelijke mensvisie in de medische ethiek," p. 7-40.
17. J. Fletcher, Situation Ethics. The New Morality, Philadelphia: The Westminster Press, 1966, 38-39.
18. R.A. McCormick, The Critical Calling. Reflections on Moral Dilemmas Since Vatican II, Washington: Georgetown University Press, 1989, p. 229-230; B. Schüller, Die Begründung sittlicher Urteile. Typen ethischer Argumentation in der katholischen Moraltheologie, Düsseldorf: Patmos-Verlag, 1973, p. 197-198; Ph.S. Keane, Sexual Morality. A Catholic Perspective, New York: Paulist Press, 1977, p. 138.
19. Ch.E. Curran, "Abortion: Contemporary Debate in Philosophical and Religious Ethics," in: Encyclopedia of Bioethics, op. cit., vol. 1, p. 24.
20. Voor een overzicht van de verschillende opvattingen over de status van het embryo zie W.J. Eijk, The ethical problems of genetic engineering of human beings, Kerkrade, 1990, p. 139-188.
21. Zie p. 27-28 van dit boek.
22. H.T. Engelhardt, The Foundations of Bioethics, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 216.
23. Ibid. 223.
24. Een andere reden om de theorie van de verlate bezieling aan te nemen was de Septuagint-versie van Exodus 21, 22-25, zoals later nog wordt besproken.
25. J.F. Donceel, "Immediate animation and delayed hominization," Theological Studies 31 (1970), p. 101.
26. Ibid. p. 105.
27. Aristoteles, Generation of animals, ed. et transl. A.L. Peck, Cambridge/London: Harvard University Press/William Heinemann, 1979 (The Loeb Classical Library no. 366), I, XIX-XX, 727 a -729 a, p. 95-111.
28. N.M. Ford, When did I begin?, Cambridge: Cambridge University Press, 1988, p. 180-181.
29. J. Connery, Abortion: The Development of the Roman Catholic Perspective, Chicago: Loyola University Press,

- 1977, p. 7-21; D.M. Feldman, "Abortion: Jewish Perspectives," in: Encyclopedia of Bioethics, op. cit., vol. 1, p. 5-9.
30. Septuaginta, ed. J.W. Wevers, Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1991, vol. 11, 1, "Exodus," p. 253-254.
31. Mishnah, Ohalot VI, 6, in: Mischnajot, Basel: Victor Goldschmidt Verlag, 1968, vol. VI, p. 183.
32. G.G. Grisez, Abortion: the Myths, the Realities, and the Arguments, New York: Corpus Books, 1970, p. 127.
33. Barnabasbrief XIX, 5, in: Epître de Barnabé, Paris: du Cerf, 1971 (Sources Chrétiennes, n. 172), p. 203; Didachè 5, 2, in: Zwölf-Apostel-Lehre. Apostolische Überlieferung, Freiburg/Basel/Wien: Herder, 1991 (Fontes Christiani, Bd. 1), p. 116; Athenagoras, Legatio pro Christianis 35 (PL 6, 970).
34. Tertullianus, Apologeticum IX (PL 1, 371-372).
35. Zie hiervoor de uitgebreide studie van J. Connery, Abortion, op. cito
36. J.B. Nelson, "Abortion: Protestant Perspectives," Encyclopedia of Bioethics, op. cit., vol. 1, p. 13-17.
37. Zie p. 31-33 van dit boek.
38. Tertullian De anima, 25, 4, in: C.S.E.L. 20, 341: "Atquin et in ipso adhuc utero infans trucidatur necessaria crudelitate, cum in exitu obliquatus denegat partum matricida, ni moriturus". Gezien de context blijft het onzeker of Tertullianus met de uitdrukking "noodzakelijke wreedheid" zijn goedkeuring aan deze gang van zaken hecht of niet. Zie J. Connery, Abortion ... , op. cit., p. 41-42.
39. Ibid. p. 114-116.
40. Ibid. hoofdstuk VII t/m XV.
41. Merkwaardig is dat deze gedachte onder meer door P. Avanzini, de eerste hoofdredacteur van de Acta Sanctae Sedis, in ditzelfde blad naar voren werd gebracht: "Quaestio moralis de Craniotomia seu de occisione infantis in utero matris ut mater a certa morte servetur," ASS 7 (1872), p. 285-288.
42. DS 3258, 3298, 3337; Casti Connubii nno 63-64 (AAS 22 (1930), p. 562-563 of DS 3720); Humanae vitae n. 14.
43. K. Barth, Die Kirchliche Dogmatik, Zürich: Evangelischer V. erla~. ~.G. Zollikon, 1951, Bd. IIV 4, p. 481; H. Thielicke, Theologische Ethik, Tübingen: J.C.B. Mohr, 1968, Bd. 111, nno 2745-2797.
44. D. Bonhoeffer, Ethics, London: SCM Press, 1955, p. 131, voetnoot 1.
45. E. Sgreccia, Manuale di bioetica, Milano: Vita e Pensiero: 1988, p. 261-262.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk V: Biologische en ethische aspecten van de doodscriteria en de postmortale orgaandonatie

Hoofdstuk V uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

door prof. dr. J.P.M. Lelkens

De titel van deze voordracht had kortweg ook kunnen luiden: "Hoe dood is dood?", zoals van Till-d'Aulnis de Bourouill het uitdrukt in haar boek: 'Doodgaan, wat is dat?'. Want dat is de kernvraag. Een op het eerste gezicht merkwaardige vraag. Merkwaardig, want, zo zullen de meesten zeggen: dood is toch dood, en daarmee is de kous af. Dit moge vroeger zo geweest zijn, doch is al enkele decennia niet meer het geval. In het volgende hoop



ik u duidelijk te kunnen maken waarom het begrip dood niet meer eenduidig wordt opgevat en welke juridische en ethische implicaties dit met zich brengt.

Traditioneel werd en wordt iemand dood verklaard, als hij of zij diep bewusteloos is en ademhaling en bloedsomloop blijvend tot stilstand zijn gekomen. Vroeger werd een ademhalingsstilstand vastgesteld met gebruikmaking van het beroemde spiegeltje, dat voor de mond en de neus van de patiënt werd gehouden en waarbij werd gelet op het al dan niet beslaan van het glas. Stilstand van de bloedsomloop werd vastgesteld door het voelen van de pols. Later wordt geëist dat om de 30 seconden gedurende 10 minuten met een stethoscoop geluisterd wordt naar ademgeluid en hartactie in een rustige omgeving.

Tot zover geen ernstige problemen met de doodsdiagnostiek. Behalve in gevallen waar het vermoeden van een onnatuurlijke dood bestaat, moet overeenkomstig het bepaalde in de Wet op de uitoefening der Geneeskunst een arts een verklaring van overlijden afgeven. De Wet op de Lijkbezorging vereist een verklaring van overlijden alvorens tot begraving of crematie mag worden overgegaan. Men zou mogen verwachten dat een Wet op de Lijkbezorging begint met te definiëren wat een lijk is. Doch niets is minder waar. Men komt in deze wet geen enkel doodscriterium tegen. Dit betekent dat, wettelijk gezien, iemand tot lijk geworden is, als een dokter zegt dat zulks het geval is.

Nu is het ook niet zo moeilijk doodsdiagnostiek te plegen en een verklaring van overlijden af te geven als, naast de reeds genoemde symptomen: diepe bewusteloosheid, ademhalings- en hartstilstand, nog een aantal andere verschijnselen zichtbaar zijn als: wijde, lichtstijve pupillen, lijkvlekken (na een half uur) en lijkstijfheid (na 3 tot 4 uur). Dit zijn de tekenen van de biologische dood.

Op het einde van de jaren vijftig en in het begin van de zestiger jaren bleek dat men in gevallen van plotselinge dood niet zonder meer kon zeggen dat iemand dood was uitsluitend op grond van diepe bewusteloosheid, gecombineerd met ademhalings- en hartstilstand en wijde, lichtstijve pupillen. Want wat was het geval? De tot dan in gebruik zijnde technieken van kunstmatige ademhaling, zoals die werden toegepast bij het verlenen van eerste hulp bij ongelukken (bijv. bij verdrinking) waarbij driftig met de armen van de patiënt werd gezwaaid terwijl zijn borstkas rhythmisch werd samengedrukt, bleken zelden een gunstig resultaat op te leveren. Deze methodieken werden toen vervangen door de zogenaamde mond-op-mond-beademing en uitwendige hartmassage. Het bleek toen mogelijk met deze moderne reanimatietechniek in een groot aantal gevallen van plotselinge dood (bijv. hartinfarct) de patiënten ten leven te wekken: zij kwamen weer bij kennis, ademhaling en hartfunctie kwamen weer op gang.

Wat is er gebeurd met deze slachtoffers? Waren zij dood of niet? Volgens de vroeger aangelegde criteria waren zij dood:

- diepe bewusteloosheid (geen reactie op toegediende pijnprikkels),
- afwezige hartactie (geen pols te voelen),
- afwezige ademhaling (geen ademhalingsbewegingen te zien en geen luchtstroom uit mond of neus te voelen),
- wijde, lichtstijve pupillen (geen vernauwing bij invallend licht),
- de aanblik van een overledene: bleke of blauwe gelaatskleur naar gelang respectievelijk eerst het hart dan wel de ademhaling het had laten afweten.

Uit het feit dat al hun vitale functies als hartwerking, ademhaling en hersenfunctie (bewustzijn) terugkeerden,

moest men concluderen dat zij slechts schijndood (ook wel genoemd: klinisch dood) waren geweest. Al spoedig werd duidelijk dat reanimatiepogingen niet altijd tot een gunstig resultaat leidden. Vaak bleek – ook al werd direct met reanimatie begonnen – de schade aan het hart zo ernstig te zijn dat het zijn functie niet hernam. Voor deze patiënten eindigt dus de schijndood in de biologische dood, het definitieve einde van alle levensprocessen.

In een aantal gevallen slaagde de reanimatie in zoverre dat wel de hartactie en ook de ademhaling weer op gang gebracht konden worden, doch het bewustzijn keerde niet terug. Het was evident dat in die gevallen de genomen maatregelen te laat waren gekomen om het hersenweefsel te redden van de ondergang door zuurstofgebrek. We houden dan als droeve uitkomst van ons pogen een patiënt over wiens ademhaling en hart normaal functioneren, doch die in een coma (diepe bewusteloosheid) verkeert waaruit hij niet meer gewekt kan worden en met wie geen contact meer mogelijk is. In die gevallen wordt daarom wel gesproken van een sociale dood.

Het electro-encephalogram (EEG) (1) van deze patiënten laat nog wel in meerdere of mindere mate hersenactiviteit zien en ze bezitten ook nog wel enige reflexen, doch ze moeten kunstmatig gevoed worden. Ze zijn niet echt dood in de betekenis, die in het dagelijks leven aan het begrip dood wordt gehecht, maar leiden een vegetatief, een soort plantaardig bestaan. Ze verkeren in een Persistent Vegetative State (PVS). Ze zijn als het ware “de levende doden” onder ons. Een dergelijke toestand hoeft niet alleen uit een mislukte reanimatie voort te komen, maar kan ook door verschillende processen in de hersenen veroorzaakt worden (bijv. door een bloeding, een zogenaamde beroerte, of een ernstig hersenletsel).

De vierde groep tenslotte omvat die patiënten, bij wie het wel gelukt de hartactie weer op gang te brengen, doch de ademhaling niet, terwijl ook het bewustzijn niet terugkeert. Met machines kan de ademhaling op kunstmatige wijze plaatsvinden maar ook dan blijft het coma bestaan. Bij registratie blijkt op het EEG geen hersenactiviteit meer aanwezig te zijn. Men noemt deze patiënten hersendood of cerebraal dood. Is deze dood waarbij, zoals wij aannemen, de hersenfunctie totaal en voor altijd is uitgevallen, gelijk te stellen aan de gewone, de biologische dood? Beantwoording van deze vraag is van groot belang zoals in het vervolg zal blijken.

We weten nu dat sterven niet plotseling geschiedt – al lijkt het er soms wel op – doch in fasen verloopt en wel volgens een bepaald stramien dat voor iedereen gelijk is, maar waarvan de duur kan verschillen. Drie functies, of beter gezegd het uitvallen hiervan, spelen bij het sterven de belangrijkste rol: de hersen-, ademhalings- en hartfunctie. Het verloop van het stervensproces wordt bepaald door de volgorde waarin deze functies uitvallen en de volgorde wordt weer bepaald door de mate waarin de betreffende organen weerstand kunnen bieden aan gebrek aan zuurstof, het element zonder hetwelk alle leven onmogelijk is.

Als regel geldt, dat hoe hoger het orgaan ontwikkeld is, des te geringer deze weerstand is en des te sneller de samenstellende delen van dit orgaan ten gronde gaan. Dit betekent voor de hersenen, als ons hoogst ontwikkeld en meest gedifferentieerd orgaan, dat 10 seconden na een hartstilstand (d.w.z. geen zuurstof transport meer naar de hersenen) het bewustzijn verdwijnt en de ademhaling stopt. Na een 4 tot 6 minuten durend tekort aan zuurstof sterven de hersencellen af. Vandaar dat het instellen van reanimatie-therapie binnen deze tijdslimiet moet gebeuren teneinde de patiënt zonder hersenbeschadiging weer uit zijn schijndood te kunnen wekken. Het hart sterft meestal pas na 15 tot 20 minuten zuurstofgebrek en de nieren kunnen het nog 30 tot 40 minuten uithouden.

Terug nu naar de laatstgenoemde groep patiënten, die kunstmatig beademd worden en wier hart nog normaal functioneert, doch waarvan het EEG geen activiteit meer laat zien: het is iso-electrisch. (2) Het is deze categorie



patiënten die de nodige stof heeft doen opwaaien met betrekking tot het vaststellen van doodscriteria. Want wat is het geval? Bij de opkomst van die vorm van transplantatiechirurgie, waarbij gebruik kon worden gemaakt van cadaverorganen als nieren, harten, levers en longen van gestorvenen, bleek dat donoren van deze organen het beste in deze groep patiënten, die hersendood zijn, gezocht kunnen worden. Het zijn immers vaak jonge, overigens gezonde mensen, die ten gevolge van een ernstig schedelletsel, plotseling in deze situatie zijn terecht gekomen. Alvorens men echter hun organen voor transplantatie mag gebruiken, moet vaststaan dat zij dood zijn. De vraag luidt dus: Is een geconstateerde en bewezen hersendood gelijk te stellen met de echte, de biologische dood. Het gaat immers niet aan twee soorten dood te hanteren. De patiënt is dood of hij is het niet.

Beantwoording van deze vraag is dus van wezenlijk belang voor het al dan niet voortbestaan van de transplantatiechirurgie. Voor deze vorm van chirurgie moet immers, behoudens instemming van de donor of zijn naaste verwanten, aan twee voorwaarden worden voldaan:

- a. de donor moet dood zijn
- b. de te transplanteren organen moeten nog leven.

Juridisch gezien bezitten een levende en ook een stervende (die nog altijd een levende is) een grondwettelijk recht op leven en op lichamelijke onschendbaarheid. Het verwijderen van organen vóór de dood van de patiënt zou zware mishandeling c.q. verminking betekenen, de dood ten gevolge hebbend. (3)

Ook medisch-ethisch zou het een zedelijk slechte handeling zijn een ingreep te verrichten welke niet in het belang van de patiënt – in dit geval de donor – is, zolang deze nog leeft. Mutatis mutandis geldt dit evenzeer voor de handelingen als voorbereiding op een eventuele extirpatie van organen. Dat deze handelingen voor de ontvanger wel belangrijk zijn, soms zelfs van levensbelang, doet hieraan niets af. Het is dus begrijpelijk dat zowel artsen als juristen, een degelijke bewijsvoering verlangen met betrekking tot het vaststellen van de dood in het kader van een orgaantransplantatie. In normale gevallen speelt dit niet, omdat met het lijk toch niets gaat gebeuren en dit na een aantal dagen (minimaal 36 uur) begraven wordt.

De overgrote meerderheid van artsen, juristen en ethici definieert thans de dood als het definitieve einde van de totale hersenfunctie, met de nadruk op totale, en stelt daarmee de hersendood gelijk aan de biologische (“gewone”) dood. De hersenfunctie moet dus in haar totaliteit verdwenen zijn, d.w.z. niet alleen de functie van de schors van de grote hersenen, maar ook de functies van de hersenstam en van het verlengde merg.

Ook de R.K. Kerk steunt deze opvatting, getuige de uitspraak van een werkgroep van de Pauselijke Academie voor Wetenschappen in 1985:

“Een persoon is dood wanneer hij een irreversibel verlies heeft ondergaan van het vermogen om de fysieke en mentale functies van het lichaam te integreren en te coördineren.

De dood treedt in wanneer:

- a. de spontane hart- en ademhalingsfuncties definitief zijn uitgevallen, of*
- b. als een irreversibele uitval van elke cerebrale functie is vastgesteld”.*

Hoe is men tot de overtuiging gekomen, dat aangetoond volledig en onherstelbaar verlies van de hersenfunctie gelijk te stellen is met de dood en zodoende het vroegste moment vormt waarop een doodsverklaring mag worden afgegeven? De redenering die hier achter steekt, is de volgende: Zuiver biologisch gezien, kan leven worden gedefiniëerd als het geheel van een intact systeem, gevormd door het centrale zenuwstelsel (hersenen), het hart-bloedvaatstelsel en het ademhalingsstelsel. Alle mensen functioneren volgens een identiek systeem en bezitten allen dezelfde organen voor dezelfde doeleinden. De hersenen besturen de processen in het lichaam en vormen de zetel van de psyche en de persoonlijkheid, zoals die lichamelijk tot uitdrukking komt.

Ademhaling en hartfunctie zijn wel zeer belangrijke vitale functies, doch dienen alleen om de hersenfunctie in stand te houden en kunnen, los van de hersenen, door apparatuur vervangen worden. De mens is dus een psychisch-somatische eenheid en bij een uiteenvallen van die eenheid mag op biologische gronden geconcludeerd worden dat hij dood is.

In een filosofisch-theologische uiteenzetting verklaart prof. W. Eijk de op de leer van Thomas van Aquino gebaseerde zienswijze van de R.K. Kerk. “Ziel en lichaam zijn te beschouwen als vorm en materie. De ziel geeft vorm aan het gehele lichaam en niet alleen aan een specifiek orgaan zoals de hersenen. De ziel is het levensprincipe, verantwoordelijk zowel voor de rationele, als voor de sensitieve en vegetatieve functies van de mens. Een visie, die getuigt van een substantiële eenheid van lichaam en ziel. De ziel als levensprincipe is echter alleen in staat een lichaam te bezielen dat de mogelijkheid biedt tot integratie en coördinatie van die fysieke processen, die van essentieel belang zijn voor het leven. Bij een onherstelbare uitval van de hersenen en speciaal van de hersenstam, vervalt voor het lichaam de mogelijkheid tot coördinatie en integratie, zodat het niet langer kan worden bezield”.

De conclusie luidt dan ook dat – zowel op biologische als op filosofische en theologische gronden – de totale hersendood een geldig criterium is voor de dood van een mens. Hij is vanaf dat moment niet meer als persoon onder ons aanwezig, ‘doch alleen als een samenstel van organen dat nog enige tijd in meerdere of mindere mate kan functioneren’. Hij is dan verworpen tot een object dat de status van lijk heeft verkregen waarover, zoals uit het voorgaande is gebleken, op vrij eenvoudige wijze kan worden beschikt. Het komt in deze hoedanigheid tegemoet aan de op het eerste gezicht onverenigbaar geachte eisen die de transplantatiechirurgie stelt: een dode donor met nog levende organen.

Nu de doodsdagnostiek. Op grond van welke verschijnselen kan de dood van een persoon worden vastgesteld? Wanneer is hij geen persoon meer? Hoe hersendood moet worden vastgesteld is geen ethische kwestie, doch een strict medische aangelegenheid. De Kerk kan daarover dan ook geen uitspraak doen. Toen deze vraag in 1957 door een groep anesthesiologen aan paus Pius XII werd gesteld, antwoordde hij: “Het is de taak van de arts en in het bijzonder van de anesthesist een heldere en nauwkeurige definitie van de dood te geven en van het moment waarop de dood van een patiënt, die in comateuze toestand overlijdt, intreedt. Het antwoord op de vraag hoe de dood in bijzondere omstandigheden feitelijk kan worden vastgesteld, kan niet uit enig godsdienstig of moreel principe worden afgeleid en behoort wat dat betreft niet tot de competentie van de Kerk”.

De bijzondere omstandigheden waar de H. Vader op doelt, zijn o.m. aanwezig bij de kunstmatige beademing van comateuze patiënten. En de potentiële donor is een comateuze, hersendode patiënt, die aangesloten is aan een apparaat voor kunstmatige beademing en wiens bloeddruk vaak met medicamenten op peil wordt gehouden om schade aan de te transplanteren organen te voorkomen.

In Nederland zijn de criteria op grond waarvan het tijdstip van de dood moet worden bepaald, vervat in een in 1983 door de Gezondheidsraad uitgebracht advies. Kort samengevat komen ze op het volgende neer:

- de dood van een mens wordt bepaald door de dood van de hersenen, waaronder moet worden verstaan het volledig en onherstelbaar verlies van de functie van de hersenen, de hersenstam en het verlengde merg;

- volledige uitval van de hersenfunctie kan worden geconcludeerd op grond van anamnese en lichamelijk onderzoek van de patiënt, aan te vullen met speciaal onderzoek i.c. electro-encephalografie (EEG) en/of cerebrale angiografie; (4)
- om vast te stellen of de uitval van de hersenfunctie volledig en onherstelbaar is, is een tweede EEG na 6 uur of een cerebrale angiografie direct in aansluiting aan het eerste EEG noodzakelijk.

Met betrekking tot de interpretatie van de klinische symptomen moet worden opgemerkt dat het ontbreken van uitingen van hersenfunctie (zoals het ontbreken van elektrische activiteit op het EEG), niet zonder meer gelijk te stellen is met het ontbreken van alle hersenfuncties zelve. Deze gelijkstelling is wel aanvaardbaar bij onbeademde patiënten, bij wie de arts, wegens het eindigen van de waarneembare bloedsomloop en zuurstofvoorziening in romp en ledematen, terecht mag concluderen dat er ook in de hersenen geen bloedsomloop meer is en er dus geen hersenfunctie meer kan zijn. Het ontbreken van reacties, in samenhang met het onherstelbaar diepe coma en de afwezigheid van adem- en hartfunctie, rechtvaardigt dan de doodverklaring van de patiënt.

Het ontbreken van uitingen van hersenfunctie bij wel beademde patiënten moet anders worden geïnterpreteerd. Bij deze patiënten moet de arts, tot het tegendeel bewezen is, wel ervan uitgaan dat er nog bloedsomloop in de hersenen aanwezig is, althans zolang er nog hartactie is of de bloeddruk in het lichaam medicamenteus in stand wordt gehouden.

Bij beademde patiënten is dus rationele twijfel mogelijk aan het bestaan van de hersendood, ook al zijn er geen functie-uitingen van de hersenen meer waarneembaar, noch klinisch, noch door middel van een EEG.

Behalve dat de meerderheid in het Gezondheidsraadadvies geen onderscheid maakt tussen wel en niet-beademde patiënten, stelt zij ook de bewijskracht van het tweede EEG gelijk met de bewijskracht van een angiografie door het gebruik van het woordje "of". Een EEG echter geeft wel informatie over de hersenschors, maar geen betrouwbare informatie over de dieper gelegen middenhersenen.

Evenmin als het eerste EEG bewijst het tweede – als dit eveneens vlak is – nog niet dat er sprake is van een volledig verlies van hersenfunctie. Om organen te mogen verwijderen, is echter wel de grootst mogelijke zekerheid vereist dat de a.s. donor dood is. Daarom zegt de minderheid in het Advies van de Gezondheidsraad dat orgaanverwijdering niet mag plaatsvinden op grond van klinische symptomen en twee iso-electrische EEG's, maar pas na een angiografie na het tweede EEG, omdat het niet is uitgesloten dat de patiënt, ook na het tweede EEG, nog levende hersencellen heeft en zolang die bestaan kan er nog enige hersenfunctie zijn. Hij wordt immers beademd en de bloeddruk is vaak nog normaal of wordt medicamenteus in stand gehouden.

De bewijskracht van angiografie gaat veel verder dan de bewijskracht van een EEG. Als bij angiografie blijkt dat er geen bloed meer door de hersenen stroomt (geen 'vulling'), is bewezen dat alle hersenfunctie geheel en voorgoed onmogelijk is geworden, omdat door het bloed de zuurstof moet worden aangevoerd zonder hetwelk alle leven onmogelijk is.

Resumerend:

- Uitval van spontane ademhaling en bloeddruk wijst op het functieverlies van de cellen in het verlengde merg;
- Een iso-electrisch EEG geeft aan dat de cellen in de hersenschors niet meer in leven zijn;
- Angiografie verschaft informatie over de bloedsomloop in de totale hersenmassa, inclusief die in de middenhersenen.

Het blijkt derhalve dat met betrekking tot de veiligheid van de potentiële donor, i.c. de zekerheid dat hij dood is,

wel wat valt af te dingen op de door de commissie van de Gezondheidsraad vastgestelde doodsdagnostiek en dat het standpunt van de minderheid in deze commissie het enig juiste is.

Hierin gesteund door de Pauselijke Academie voor Wetenschappen, die eveneens de vaststelling vereist van een irreversibele uitval van elke cerebrale functie, moeten we concluderen dat het medisch-ethisch gezien onjuist is organen te extirperen of hieraan medewerking te verlenen, als niet onomstotelijk is bewezen dat aan deze eis werd voldaan.

Omdat van vele zijden bezwaren tegen de angiografie worden aangevoerd, als zijnde omslachtig (5) en mogelijk zelfs gevaarlijk voor de patiënt, wordt tegenwoordig de angiografie vaak vervangen door de zogenaamde apneu-test, ten onzent vooral bepleit door dr. W. Smelt. Het doel van deze test is na te gaan of na het loskoppelen van de beademingsapparatuur de patiënt weer spontaan gaat ademen of niet.

De onderbreking van de beademing moet lang genoeg duren om een zodanige stijging van de koolzuurspanning te veroorzaken, dat deze hoog genoeg is om als prikkel voor ademen te fungeren.

Ook bij deze apneu-test moet de veiligheid voor de potentiële donor gegarandeerd zijn en behoort dus gezorgd te worden voor een voldoende zuurstoftoevoer. (6)

Is binnen een tijdsbestek van 10 minuten geen ademhalingsbeweging zichtbaar dan is het verlengde merg onherstelbaar beschadigd en kan zuurstofopname niet meer plaatsvinden. Of nu middels angiografie wordt aangetoond dat het zuurstoftransport niet meer mogelijk is of met de apneu-test dat de zuurstofopname onmogelijk is geworden, de conclusie is dezelfde: de hersenen zijn dood. Wel kan worden opgemerkt dat een arteriogram een objectief document is i.t.t. de neergeschreven uitkomst van een met het blote oog gedane observatie.

Hoe is het gesteld met de richtlijnen in andere landen? Men kan twee scholen onderscheiden:

- De Engels-Amerikaanse school: De diagnose 'hersendood' wordt gesteld op basis van een herhaald, klinisch onderzoek dat de dood van het verlengde merg aantoonst, aangevuld met een iso-electrisch EEG. Tot deze school behoren: Nederland, Frankrijk en Zwitserland;

- De Duits-Oostenrijkse school: Deze eist, naast het klinisch onderzoek en een vlak EEG, een cerebrale angiografie teneinde te kunnen aantonen dat de doorbloeding van grote hersenen en hersenstam ontbreekt. Bij deze school heeft zich Noorwegen aangesloten en de minderheid in de Commissie van de Gezondheidsraad.

Opmerkelijk is de houding van de Denen. Zij houden vast aan de doodscriteria die ook vroeger golden: dood is men pas als de ademhaling en de hartactie zijn gestopt! De raad voor ethiek is namelijk van mening dat ethische standpunten t.a.v. leven en dood moeten aansluiten op de ervaringen van de leek en voor hem is iemand dood als de hartslag stopt en niet eerder. In Denemarken wordt dan ook een hersendode patiënt als een stervende en niet als een dode beschouwd. De criteria voor de hersendood worden niet gezien als criteria voor de dood zelf, maar als aanwijzingen voor het beginnend stervensproces.

Bezien we nu nog eens een overzicht van de verschillende soorten dood, of toestanden die aldus betiteld worden.

	Biologisch dood	Klinisch dood	Sociaal dood	Hersendood
--	-----------------	---------------	--------------	------------

	“gewone dood”	plotseling “schijndood”	partiële hersendood	biologische dood
Coma	+	+	+	+
Hartactie	-	-	+	+
Ademhaling	-	-	+	-
Beademing	-	+	-	+
Bloeddruk	-	-	+	+
EEG	vlak	normaal (4-6 min)	gestoord	vlak
Toestand patiënt	herstel onmogelijk	herstel mogelijk	levend	herstel onmogelijk

Ondanks de zowel door de Kerk als door de medische wetenschap gegeven definities van de dood blijkt er verwarring te heersen. Vooral een al lange tijd in diep coma verkerende patiënt wordt vaak zonder meer beschouwd als een reeds hersendode. Men redeneert dan als volgt: door het coma is communicatie met de patiënt onmogelijk, kan de patiënt zijn wil niet meer uiten en kan niet meer zelfstandig eten en drinken. Met andere woorden: dit kan toch geen menselijke persoon meer zijn en als hij al nog leeft, moet aan dit ‘mensonwaardig’ bestaan een einde worden gemaakt.

Ten eerste is nooit vastgesteld dat het persoon-zijn uitsluitend gekoppeld is aan de hersenschors, waarin weliswaar het bewustzijn is gelocaliseerd. Ten tweede kan men hooguit spreken van partiële hersendood en dit betekent dat de patiënt nog leeft.

Dat van communicatie vaak geen sprake is, is evenmin een reden de patiënt dood te verklaren of te doden, omdat een antwoord of reactie onopgemerkt kan blijven.

Bovendien is het bij een dergelijk diep coma onmogelijk uit te maken of en wat de patiënt nog denkt, hoort, voelt en wil. Dit is tevens de reden waarom men een dergelijke patiënt met mag laten verhongeren of verdorsten en wel degelijk bijv. per neussonde moet voeden!

Een bekend voorbeeld uit de groep sociaal-doden is mevrouw Stinnissen, op wie, met instemming van de rechterlijke macht, euthanasie werd toegepast en die dus, om het in gewoon nederlands te zeggen, om het leven werd gebracht door haar voedsel en drank te onthouden.

Een ander en tevens leerzaam voorbeeld m.b.t. de verwarring die is ontstaan, is het geval van de 18-jarige vrouw, Marion Ploch uit Erlangen (Zuid-Duitsland), die 14 weken zwanger was en na een auto-ongeval op 4 oktober 1992 in comateuze toestand in een ziekenhuis werd opgenomen. In de media circuleerden de meest tegenstrijdige berichten.

Volgens een bericht in Newsweek van 9 november 1992 zou zij op 8 oktober hersendood zijn verklaard. De vraag is: waarom? Iemand wordt hersendood verklaard als hij of zij bruikbaar is als orgaandonor. Hier was echter geen sprake van een voornemen tot het ontnemen van organen. Ook niet van het stoppen van de behandeling, die – ingeval van hersendood – zinloos is geworden. Integendeel, deze werd nog geïntensiveerd door de patiënt aan te sluiten aan een beademingsapparaat en “a machine that keeps her heart beating (whatever that may be; a heart-lungmachine zoals die in de hartchirurgie gebruikt wordt?). Dit alles om te

trachten tenminste het kind in leven te houden en het t.z.t met een keizersnede ter wereld te laten komen.

Van deze behandelingsmethode werd schande gesproken omdat het de vrouw niet gegund werd in alle rust te sterven en bovendien de vader van het kind niet bekend was. Van de journalisten kwam niemand op de idee dat de vrouw, als zijnde hersendood, reeds dood was en derhalve niet alsnog zou sterven. Vervolgens komt de uitspraak dat het onverantwoord is te trachten het kind in leven te houden, omdat zijn toekomst zeer somber is: geen vader en geen moeder en de wetenschap dat het afkomstig is uit een lijk (What will the consequences be for this child when it learns it spent several months in the dead womb of its dead mother?). De moeder blijkt nu ineens een lijk te zijn, terwijl in het voorgaande betoogd werd dat men haar niet in alle rust wilde laten sterven.

Laten we aannemen dat de vrouw inderdaad hersendood was. We hebben gezien dat hersendood gelijk te stellen is met de biologische dood. Als men om een of andere reden toch door wil gaan met 'behandelen' i.p.v. de natuur zijn gang te laten gaan, heeft het geen enkele zin de patiënt tussentijds dood te verklaren, hetzij dan om publicitaire redenen.

Mag of moet, toen bleek dat deze patiënte ook nog zwanger was, deze 'behandeling' – die niet meer in het belang van de moeder is – worden voortgezet om het kind te redden of te proberen het te redden?

Van enige verplichting kan geen sprake zijn als een hart-longmachine gebruikt moet worden omdat, zoals bij hersendood altijd het geval is, de bloeddruk geleidelijk daalt en uiteindelijk ook hartstilstand intreedt.

Deze behandeling draagt (nog) een experimenteel karakter en niemand weet of het mogelijk is een ongeborn kind 4 tot 5 maanden bijv. m.b.v. een hart-longmachine of een kunsthart in leven te houden, noch of de vrucht tengevolge hiervan schade zal ondervinden.

Bovendien zijn de gebruikte middelen, i.c. de hart-longmachine of een kunsthart en het alleen al voor de bediening benodigde aantal personeelsleden, niet evenredig aan het nagestreefde (onzekere) resultaat: de middelen zijn – in ieder geval nu nog – buitengewoon of, beter gezegd: niet proportioneel.

Of de behandeling mag, is niet zonder meer te zeggen. De vrouw is een lijk en, mits dit met de nodige eerbied behandeld wordt kan met toestemming van de nabestaanden, hierover worden beschikt. Omdat deze behandeling eigenlijk gericht is op een levende, i.c. het kind, mag de behandeling alleen wanneer het kind hiervan geen schade ondervindt (*primum non nocere*), hetgeen niet zeker is, noch nu, noch later! Derhalve zou hier kunnen of moeten gelden: in dubio abstinence.

Uit latere berichten bleek dat het een patiënte betrof met een zeer ernstig hersenletsel, die weliswaar comateus was en beademd moest worden maar nog een normale hartfunctie bezat. Zoals te doen gebruikelijk worden in dergelijke gevallen beademing en intraveneuze voeding enige tijd voortgezet totdat duidelijk is, of nog herstel te verwachten is. Is dit niet het geval en treedt de hersendood in of krijgt de patiënt ook nog een hartstilstand, dan wordt de behandeling als zijnde zinloos geworden, afgebroken.

Omdat in dit geval de patiënte tevens zwanger was en na drie dagen hersendood bleek te zijn, hebben de artsen de juiste beslissing genomen met de ingestelde behandeling (die overigens geen gebruik van een hart-longmachine omvatte), zo lang mogelijk door te gaan, ongeacht het mogelijk psychisch trauma voor het kind. Zij gingen er terecht van uit, dat middels uitgebalanceerde kunstmatige voeding, beademing en goede verzorging – gezien de huidige stand der wetenschap – een levensvatbaar kind ter wereld zou kunnen komen, hoewel de kans daarop niet erg groot was. In het geval van Marion Ploch eindigde de zwangerschap helaas in een spontane abortus.

Een nadere beschouwing van dit geval leert ons een aantal zaken:

- het blijkt telkens weer dat veel journalisten het verschil niet kennen tussen klinische dood, partiële hersendood en totale hersendood;
- zoals zo vaak wordt ook hier de opvatting gehuldigd dat een kind, dat geen menswaardige toekomst heeft, niet gered hoeft te worden;
- de artsen worden in een kwaad daglicht gesteld omdat zij met proportionele middelen – zonder het lijden van de moeder te verlengen – hebben getracht te redden wat nog te redden viel: het kind.

Het vereenzelvigen van de hersenschors met het persoon-zijn bedreigt ook het ongeboren anencephale kind. Bij deze congenitaal beschadigde kinderen ontbreken de grote hersenen, de hersenschors. Zij behoren tot de categorie, waarvan velen zeggen, dat ze een mensonwaardig bestaan tegemoet gaan en worden vaak om die reden geaborteerd. Ook dreigen zij gelijkgesteld te worden met reeds dode kinderen waarvan de organen nog bruikbaar zijn. Zij leven echter, al zullen ze wel spoedig na de geboorte sterven.

Voorstanders van abortus provocatus zouden kunnen stellen, dat het vroege menselijk embryo (nog) geen persoon is en dat van menselijk leven eigenlijk geen sprake is, omdat het (nog) geen functionerende hersencellen bezit, want pas na zeseneenhalve week toont de hersenstam de eerste activiteit. Maar, zoals prof. W. Eijk zegt, “al vóór de ontwikkeling van de hersenstam is het embryo een goed georganiseerde en gecoördineerde eenheid, waarvan de functies en de ontwikkeling van de afzonderlijke delen op elkaar zijn afgestemd en geïntegreerd. Dit is direct na de conceptie al het geval in de bevruchte eicel, die een levend organisme vormt dat wordt gecoördineerd door het genoom”.

De gegeven voorbeelden tonen nog eens duidelijk aan dat we ons moeten hoeden voor verhullend, vaak onjuist en soms zelfs giftig taalgebruik. We moeten leren dit ook in de media te onderkennen. Het zou daarom o.a. aanbeveling verdienen niet meer het woord ‘dood’ te gebruiken, als niet de biologische of de totale hersendood wordt bedoeld. In plaats van over een sociale dood te spreken, zou het beter zijn deze een cerebrale handicap of beschadiging te noemen, of een Persistent Vegetative State (PVS), hoewel dit laatste weer duidt op vegetatief of plantaardig leven en planten zijn nu eenmaal niet beziel.

Het moge nu duidelijk zijn dat er slechts één dood bestaat en dat deze ingeval van orgaandonatie met de grootst mogelijke zekerheid behoort te worden vastgesteld, opdat het ontnemen van organen een medisch-ethisch juiste handeling blijft.

Noten

1. EEG: registratie van elektrische activiteit in de schors van de grote hersenen door middel van op de hoofdhuid geplakte elektroden
2. Iso-electrisch EEG: Een electro-encephalogram dat een vlakke lijn laat zien ten teken dat in de hersenschors geen elektrische activiteit meer aanwezig is.
3. Een operatie is iets anders. Deze is in het belang van de patiënt, al wordt soms een deel opgeofferd om het geheel te redden.
4. Angiografie: inspuiten van contrastvloeistof in de halsslagader waarna d.m.v. een röntgenfoto kan worden vastgesteld of er bloedcirculatie in de hersenen is.
5. De angiografie mag immers niet worden beperkt tot de beide carotiden (halsslagaders) doch moet ook de arteriae vertebrales omvatten.
6. Vóór de aanvang van de test moet de koolzuurspanning in het arteriële bloed hoger zijn dan 45 mmHg of 6



kPa. Teneinde zuurstoftekort te voorkomen moet tijdens de proef 6 liter zuurstof per minuut in de luchtpijp worden toegediend (Dr W.Smelt).

7. Naarmate het zuurstofgebrek langer duurt, zal het EEG steeds meer abnormaaliteiten gaan vertonen en bij de overgang van de schijndood naar de biologische dood geheel vlak worden.

Literatuur

1. Advies inzake hersendoodscriteria Gezondheidsraad, Staatsdrukkerij, Den Haag, 1983,
2. Doodgaan, wat is dat? Mr. Dr. H.A.H. van Till-d'Aulnis de Bourouill, Utrecht, 1984
3. Hoe dood is dood? Dr. J.P.M. Lelkens, Communio, nr. 1, 1986
4. Handboek orgaanvererving Academisch Ziekenhuis, Groningen, 1988
5. De ethische aspecten van de postmortale orgaandonatie Dr. W.J. Eijk, Vita Humana, nr. 2, 1991
6. Hersendood, doodconcept en doodscriteria Dr. W.L.H. Smelt, Vita Humana, nr. 2, 1991
7. A matter of death and life Newsweek, november 1992

Overgenomen met toestemming van uitgeverij *Colomba*.

Hoofdstuk VI: Euthanasie, hulp bij suïcide en levensbeëindigend handelen zonder verzoek

door prof.dr. W.J. Eijk

Hoofdstuk VI uit *“Wat is menswaardige gezondheidszorg?”*, onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, *Colomba Oegstgeest*, 1994

De euthanasiediscussie, die in ons land eind jaren zestig door de Leidse hoogleraar in de psychiatrie, van den Berg, met zijn boekje *Medische macht en medische ethiek* (1) werd aangezwengeld, is dit jaar in een beslissende fase gekomen. De Tweede Kamer nam jongstleden februari een wijziging van de wet op de lijkbezorging aan, die het mogelijk maakt de arts die euthanasie verricht, hulp bij suïcide verleent of het leven van terminale patiënten zonder een verzoek van hun kant beëindigt, van rechtsvervolgning vrij te stellen. Er is dus alle reden om aan dit actuele onderwerp binnen deze cursus medische ethiek aparte aandacht te schenken.

Terminologie

Euthanasie is een van oorsprong Grieks woord, dat letterlijk een “goede dood” betekent. In de jaren zeventig van de vorige eeuw gaf onder anderen de journalist Lionel Tollemache er de betekenis aan, waarin het tegenwoordig algemeen wordt gebruikt. Hij bepleitte dat het arts bij wet zou worden toegestaan om aan patiënten, die leden aan een pijnlijke en ongeneeslijke ziekte, met hun instemming een dodelijke dosis verdovende middelen toe te dienen. Dit werd door hem euthanasie genoemd. (2) In deze omschrijving treffen we enkele elementen aan die tot op de huidige dag voor euthanasie typerend worden geacht. Op de eerste plaats is het motief voor de beëindiging van het leven een ongeneeslijke ziekte, die een ondraaglijk geacht lijden veroorzaakt. Voorts is kenmerkend voor euthanasie dat de patiënt niet lang meer heeft te leven en meestal de arts de dodelijke handeling voltrekt.

In het buitenland wordt vaak een aanvullend onderscheid tussen vrijwillige, niet-vrijwillige en onvrijwillige euthanasie gemaakt. De vrijwillige euthanasie vindt plaats op uitdrukkelijk verzoek van de zieke of met diens

medeweten. De niet-vrijwillige euthanasie betreft een zieke die niet wil sterven, of die zijn wil niet (meer) kan uiten en van wie men dus niet weet wat hij zelf zou beslissen. Van onvrijwillige euthanasie wordt gesproken wanneer het leven tegen de wil van de betrokkene in wordt beëindigd, zoals dat in Nazi-Duitsland voorkwam. (3) Engelhardt verstaat onder euthanasie uitdrukkelijk levensbeëindiging *zonder* verzoek of medeweten van de patiënt. (4) Daarentegen noemde Tollemache euthanasie een “gelegaliseerde suïcide bij volmacht.” (5) In Nederland wordt eveneens euthanasie zonder verdere toevoeging bij definitie opgevat als levensbeëindiging op verzoek of minstens met de instemming van de betrokken patiënt.

In deze omschrijving lijkt euthanasie veel op de situatie waarin iemand suïcide pleegt met een middel dat zijn arts hem daar doelbewust voor heeft verstrekt. Het verschil tussen beide ligt in het motief en de omstandigheden. De patiënt, die om euthanasie vraagt, wil een levenseinde voorkomen, dat door een ongeneeslijke ziekte wordt ontluisterd. Het motief voor suïcide is dat de persoon in kwestie zijn leven niet wil voortzetten, omdat dit door tegenslag, een fysieke handicap of psychische problematiek als ondraaglijk wordt ervaren.

Het doden van een zieke zonder een verzoek van zijn kant en buiten zijn medeweten wordt, althans in Nederland, geen euthanasie genoemd, maar omschreven als actieve levensbeëindiging zonder verzoek.

Frequent wordt het onderscheid tussen actieve (of positieve) en passieve (negatieve) euthanasie gebruikt. De termen “positieve” euthanasie en “negatieve” euthanasie, die vaak in Zuid-Europese landen worden gebruikt, hangen samen met het onderscheid dat de klassieke moraaltheologie maakte tussen positieve en negatieve effecten. Een positief effect ontstaat door het stellen van een handeling (een actie), terwijl het negatieve effect een gevolg is van een omissie (en “passief” optreden). (6) Actieve euthanasie vindt plaats door de toediening van bepaalde medicamenten in een dodelijke dosering. Verkorting van het leven door een omissie, het staken van een levenverlengende behandeling, zoals bijvoorbeeld kunstmatige beademing, wordt passieve euthanasie genoemd. Of dit in alle gevallen terecht is, staat nog nader te bezien.

Wat betekent recht op leven?

Tegenstanders van abortus en euthanasie beroepen zich vaak op het onschendbare recht op leven. De verdedigers van de zelfgekozen dood stellen daartegenover dat wanneer de mens daadwerkelijk recht op leven heeft, hij ook het recht heeft om van het leven af te zien. We hoeven toch niet van al onze rechten gebruik te maken. Een oudere werknemer heeft het recht van een VUT-regeling gebruik te maken, maar mag ook aanblijven tot hij met pensioen gaat.

Vandaar de vraag: wat betekent het recht op leven? Vaak ziet men over het hoofd dat er verschillende soorten van rechten zijn: het gebruiksrecht, het recht op vruchtgebruik, het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht.

Dat de mens zijn leven en de vruchten daarvan mag gebruiken, is evident. Anders zou hij zijn levensopdracht niet waar kunnen maken. Maar kan hij ook eigendomsrechten of beschikkingsrecht over het leven laten gelden? Zaken waarover de mens beschikking heeft, mag hij voor elk doel gebruiken, veranderen, verkopen of vernietigen. Zou de mens dit ook met zijn leven mogen doen?

Dat de mens eigendomsrecht over zijn leven zou hebben, is onverenigbaar met het geloofsgegeven dat iedere mens direct door God wordt geschapen. Hij schept ons uit het niets en houdt ons van moment tot moment in leven. Het leven is een gave waar we gebruik van mogen maken, maar die uiteindelijk Gods eigendom blijft (Vgl. Ps. 139, 13-18; Job 10, 8-12; 2 Makk. 7, 22-23; Hand. 17, 24-28). Het rentmeesterschap dat de Schepper aan de mens toevertrouwt, betreft het planten- en dierenrijk, maar niet het eigen leven (Gen. 1, 28-29). De mens is geschapen naar Gods beeld en gelijkenis. Vanwege deze bijzondere positie houdt God het

eigendomsrecht en daarbij inbegrepen het beschikkingsrecht over de menselijke persoon aan Zichzelf voor: "Wie het bloed van een mens vergiet, diens bloed wordt door de mensen vergoten, want als Zijn beeld heeft God de mens gemaakt" (Gen. 9, 6).

Beschikkingsrecht betekent dat men een object als louter middel tot een zelfgekozen doel kan gebruiken. Euthanasie en suïcide impliceren dat de dood van de mens wordt gebruikt als middel om aan het lijden een einde te maken. In feite wordt daardoor de mens zelf verlaagd tot een gebruiksobject voor dat doel. Het leven is en blijft echter een doel of waarde in zich, ook al zien sommigen onder bepaalde omstandigheden er het nut niet meer van in. Het lichaam is niet een soort aanhangsel, maar behoort wezenlijk tot de menselijke persoon en deelt daarom in de waardigheid die aan de mens toekomt. Het opofferen van het lichamelijk leven staat daarom gelijk met het degraderen van de menselijke persoon tot gebruiksobject. (7)

Indirecte actieve levensbeëindiging

Tegen de genoemde argumenten wordt vaak ingebracht dat bepaalde handelingen, die de dood ten gevolge hebben, algemeen aanvaard zijn. Zo hebben we waardering voor het bemanningslid dat zijn plaats in de reddingsboot aan een ander afstaat, waardoor hijzelf een gewisse dood tegemoet gaat. Hetzelfde geldt voor de piloot die geen gebruik van zijn schietstoel maakt, omdat hij zijn vliegtuig niet wil laten neerstorten in een woonwijk, maar daardoor zelf omkomt. Is dat ook geen suïcide? Bonhoeffer ziet geen verschil en meent dat we als we consequent zouden zijn, dan ook suïcide in andere gevallen zouden moeten toestaan, wanneer die tenminste als een vorm van zelfopoffering zou kunnen worden geïnterpreteerd. (8)

Een ander klassiek voorbeeld dat in praktisch alle geschriften over euthanasie wordt vermeld, is de bespoediging van het levenseinde door de toediening van zware pijnstillers, meestal morfine-achtige stoffen, bij patiënten die bijvoorbeeld aan uitgezaaide kankerprocessen lijden. Wanneer men eenmaal met deze middelen begint, is er geen terugkeer meer mogelijk. Door gewenning zijn steeds hogere doseringen vereist. Bij een zieke met een uitgezaaide longtumor kan het gebruik van hoge doses morfine of rustgevendende middelen, die een remmende invloed op het ademcentrum uitoefenen, er gemakkelijk toe leiden dat de ademhaling onvoldoende wordt. (9)

In beide situaties wordt een beslissing genomen die de dood of de bespoediging ervan ten gevolge heeft. Het bijzondere is echter dat de dood hier niet het doel van de handeling is en ook niet het middel waarmee het doel, het redden van een ander of pijnstilling, wordt bereikt. De dood is hier slechts een indirect effect, dat wil zeggen een effect dat niet als middel of als doel is gewild, maar louter als bijwerking wordt toegelaten.

Kuitert vraagt zich af of het onderscheid tussen directe en indirecte euthanasie niet op een "drogreden" berust. (10) Hij vergist zich echter in de nadere uitleg die hij aan het principe van de handeling met dubbel effect geeft. (11) Het kwade effect, de levensverkorting, is volgens hem een voorzien doch niet gewild effect. Dit is echter onjuist. Het kwade gevolg is misschien niet gewenst, dat wil zeggen als doel verlangd, maar wel degelijk gewild, voor zover men de oorzaak ervan wil en het risico van levensverkorting willens en wetens op de koop toeneemt om de pijn tot redelijke proporties terug te brengen. Het is echter aldus de klassieke katholieke moraaltheologen indirect gewild, dat wil zeggen noch als middel noch als doel, maar als bijwerking. (12) Daarom wordt hier niet over het leven van menselijke personen als middel beschikt en bijgevolg hun intrinsieke (essentiële) waardigheid als doel in zich niet geschonden. Omdat in de genoemde voorbeelden de dood een indirect effect is, wordt hier van "indirecte suïcide" respectievelijk "indirecte (actieve) euthanasie" gesproken.

De dood als indirect kwaad effect kan worden geaccepteerd als hij in een evenredige verhouding tot het doel, de pijnstilling, staat. Dat is het geval wanneer er geen andere effectieve middelen voor de pijnbestrijding

beschikbaar zijn, zeker bij een patiënt, van wie verwacht wordt dat hij binnen afzienbare tijd aan zijn ziekte zal overlijden.

Is afzien van levensverlengend ingrijpen levensbeëindigend handelen?

In discussies over euthanasie wordt er dikwijls op gewezen dat het staken van bijvoorbeeld kunstmatige beademing hetzelfde effect heeft als het geven van een dodelijke dosis medicamenten. Beide handelingen leiden tot de dood van de patiënt. Ook artsen die actieve euthanasie afwijzen, zullen in bepaalde gevallen besluiten om van levensverlengende ingrepen af te zien. Wanneer men het één accepteert, waarom dan ook niet het ander? Als de arts een behandeling mag staken, zodat de patiënt sterft, waarom mag hij dan niet een dodelijke injectie geven met hetzelfde effect? Zo schreef Rachels: "Als een arts uit humane motieven een patiënt laat sterven, dan draagt hij dezelfde morele verantwoordelijkheid, als wanneer hij uit humane motieven een dodelijke injectie zou hebben gegeven." (13) Dezelfde gedachte is herkenbaar in de rapporten van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG). Hierin worden onder levensbeëindigend of levensbekortend handelen zowel de toediening van euthanatica als het achterwege laten van levensverlengende behandeling verstaan. (14) Soms wordt daarom wel verondersteld dat het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie beter kan vervallen. Anderen willen eveneens van dit onderscheid afscheid nemen, maar dan omdat beide "echte" euthanasie met de intentie om te doden zouden zijn en als zodanig even verwerpelijk. (15)

Wanneer twee verschillende handelingen hetzelfde effect hebben dan wil dat niet zeggen dat de morele beoordeling gelijk zou zijn. Ik kan in mijn levensonderhoud voorzien door te gaan werken of door te stelen. Het doel is in beide gevallen goed, maar het middel niet. Velen zien het onderscheid tussen het doel en het middel over het hoofd. Actieve levensbeëindiging is moreel verkeerd, zo hebben we gezien, omdat het lichamelijk leven, ook al is het nog zo ontluisterd door een ziekte of ander lijden, altijd een waarde in zich blijft. Het doel, een einde maken aan het lijden, is op zich goed. Het probleem is dat het middel, actieve levensbeëindiging, in zich moreel onaanvaardbaar is. Doden is hier dus verkeerd, maar staat doden gelijk aan laten doodgaan?

Een oom ziet zijn neefje van zes jaar in de badkuip uitglijden, met diens hoofd op de rand van de badkuip vallen en bewusteloos onder het wateroppervlak verdwijnen. Omdat hij diens erfenis in de wacht wil slepen, grijpt hij niet in, maar laat hem verdrinken. Mocht de rechter achteraf de ware toedracht te weten komen, dan zal hij de oom aan moord schuldig achten. Hier is laten doodgaan qua ethische beoordeling gelijkwaardig aan doden. Mocht echter zijn neefje van een boot afvallen in een woest kolkende rivier met gulzige krokodillen, dan zal niemand het hem kwalijk nemen als hij geen reddingspoging onderneemt. Duidelijk is in ieder geval dat laten doodgaan soms wel en soms niet met doden gelijkstaat.

Hetzelfde geldt voor de geneeskunde. De arts heeft onmiskenbaar een zorgplicht, maar die geldt niet onbeperkt. Het leven van de mens is een essentiële, maar geen absolute waarde. Niemand is verplicht om zijn eigen leven of dat van anderen ten koste van alles in stand te houden. De voor de hand liggende vraag is: waar ligt dan de grens voor deze zorgplicht?

Grenzen aan de medische zorgplicht

Het staken of nalaten van chemotherapie, mutilerende operaties, langdurige kunstmatige beademing mogen of moeten worden gestaakt of nagelaten, wanneer er geen redelijke kans op herstel of levensbehoud bestaat en ernstige complicaties en bijwerkingen kunnen optreden. Hier moet niet van passieve euthanasie worden

gesproken en ook niet van levensbeëindigend handelen, zoals in de rapporten van de KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen gebeurt. De intentie van het staken of nalaten van de levensverlengende therapie is hier niet levensbeëindiging. De intentie is hier het opgeven van een doel, het behoud van het leven. Het lichamelijk leven wordt dus niet opgeofferd om aan het lijden een einde te maken. Hier wordt niet over het lichamelijk leven als over een middel tot een doel beschikt. Het nalaten van de behandeling schendt dus onder deze omstandigheden geenszins de intrinsieke finaliteit van de menselijke persoon.

Tenzij er tussen de voor- en nadelen een wanverhouding (disproportie) bestaat en levensverlenging niets meer dan het zinloos rekken van het leven is zonder enig reëel perspectief, is het overigens niet ongeoorloofd van niet geproportioneerde therapie gebruik te maken. Dit roept soms de vraag op of het al dan niet toepassen van levensverlengende behandeling ook niet een vorm van beschikking over het leven inhoudt. Kies ik voor therapie, dan stel ik het tijdstip van de dood uit. Zie ik ervan af, dan vervroeg ik dat tijdstip. De vraag berust op een verkeerde interpretatie van de term beschikking. Hierin wordt beschikking opgevat als beschikking over het moment van sterven. Het is duidelijk dat de mens door medisch ingrijpen binnen bepaalde grenzen het moment van sterven kan en mag bepalen. Maar daar gaat het niet om bij de ethische beoordeling van euthanasie. Met beschikking wordt daar bedoeld de beschikking over het menselijk lichaam als zuiver middel tot een zelfgekozen doel.

Een moeilijker probleem is de toediening van bijvoorbeeld antibiotica, insuline, voedsel en vocht. Dit zijn middelen waarmee het leven in het algemeen zonder veel complicaties mee in stand kan worden gehouden. Het werd in Nederland een actueel probleem door de discussie over mevrouw Stinissen-Swagermans, die na een narcosefout bij een keizersnede zestien jaar in een persisterend vegetatieve staat verkeerde en daarbij door vocht- en voedeltoediening via de maagsonde in leven werd gehouden. Sommigen waren van mening dat deze behandeling gecontinueerd moest worden, omdat zij een verpleegkundige, dus geen medische handeling zou zijn. (16) Dit is slechts een verschuiving van het probleem naar de vraag waar dan wel de grens tussen een verpleegkundige en medische handeling moet worden getrokken. Tegenstanders achtten deze wijze van vocht en voedseltoediening “niet-natuurlijk” of “artificieel.” (17) Sommige langdurig comateuze patiënten kunnen echter voedsel, dat achter op de tong wordt gelegd, door de slikreflex zonder veel moeilijkheden inslikken. Dit is strikt genomen ook geen “natuurlijke” wijze van voedsel- en vochtopname. Anderen zagen deze vorm van levensverlenging als een zinloze therapie. Medische zinloze therapie dient uiteraard te worden gestaakt. Therapie kan echter medisch gezien nog effect sorteren en als zodanig medisch zinvol zijn, maar menselijk gezien zinloos. (18) Met chemotherapie kan het leven van een patiënt met een kwaadaardig gezwel nog worden verlengd, maar of dat in bepaalde gevallen menselijk gezien zinvol is, is de vraag. Het onderscheid tussen menselijk zinvol en zinloos bergt echter het risico in zich dat het gemakkelijk op de zin van het leven van de menselijke persoon op zich wordt overgedragen en dat uit het oog wordt verloren dat dit een fundamenteel en niet louter functioneel goed is.

De genoemde criteria omvatten alle verschillende deelaspecten die bij de afweging, of levensverlengende behandeling zal worden ingesteld of niet, een rol spelen. Is er nu een criterium dat al deze diverse aspecten bestrijkt en ook fundamenteel duidelijk maakt wanneer laten doodgaan ethisch gezien aan doden gelijkwaardig is of niet. In het voorbeeld van de oom en zijn neefje is laten doodgaan gelijk aan doden, wanneer er tussen de risico's en nadelen van de reddingspoging en de kans op succes een geproportioneerde verhouding bestaat. Dat is zeker het geval, wanneer hij niets anders hoeft te doen dan zijn neefje uit de badkuip op te vissen. De genoemde verhouding is manifest ongeproportioneerd, wanneer de reddingspoging inhoudt dat hij zijn neefje in de woest kolkende rivier met krokodillen moet naspringen.



Toepassing van dit criterium op de geneeskunde leidt tot het volgende beeld. Het achterwege laten van levensverlengende behandeling met als gevolg dat de patiënt sterft, is ethisch gelijkwaardig aan actieve euthanasie en wordt dus terecht passieve euthanasie genoemd, wanneer de verhouding tussen de voor- en nadelen geproportioneerd is. Mocht iemand die bij zijn verstand is, met een geproportioneerd middel als een penicilline-derivaat zijn leven zonder veel risico's kunnen behouden maar daar geen gebruik van maken, dan kan moeilijk iets anders worden verondersteld dan dat hij zijn dood als middel gebruikt om aan bepaalde problemen te ontsnappen. Ziet iemand van ongeproportioneerde middelen tot levensbehoud af, dan is zijn intentie het opgeven van een doel. Het kan best zijn dat hij tegelijkertijd hoopt spoedig te sterven. Dat is in zich geenszins verkeerd. Maar hij gebruikt niet zijn dood als middel om aan het lijden een einde te maken. (19)

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

Op basis van een uitvoerige studie concludeert Pranger dat de toediening van voedsel en vocht via de neussonde bij een langdurig comateuze patiënt niet geproportioneerd is. (20) Het zou een medische behandeling zijn, die de patiënt geen voordeel biedt en het sterfbed slechts verlengt en blokkeert. Pranger's opvatting van de aanhoudend vegeterende staat als een stervensfase is aanvechtbaar. Hij meent dat de uitval van de hersenschors waardoor het bewustzijn verloren gaat, het begin van het stervensproces is. Voedsel- en vochttoediening zouden dan het stervensproces blokkeren, doordat de uitval van de hersenstam – het eigenlijke moment van de dood – zou worden voorkomen. (21) Onthouding van voedsel en vocht zal echter bij gewone mensen uiteindelijk ook tot uitval van de hersenstam leiden, maar deze mensen zijn niet terminaal. Ook kan men niet zonder meer zeggen dat na staken van de voedsel- en vochttoediening de patiënt aan de in hem aanwezige ziekteoorzaak sterft. (22) Wanneer ernstig lichamelijk gehandicapten geen eten en drinken worden verstrekt en zij daardoor omkomen, zullen we niet concluderen dat zij aan hun handicap maar aan verwaarlozing zijn overleden. (23)

Persoonlijk acht ik ongecompliceerde voedsel- en vochttoediening via de maagsonde een proportionele behandeling, met name omdat het hier om fundamentele levensbehoeften gaat en niet zozeer om de toediening van geneesmiddelen. Voorstanders van de legalisering van actieve euthanasie wijzen er vaak op dat iemand door onthouding van voedsel en vocht laten sterven minder menselijk is dan iemand doden met een letale dosis medicamenten. Het is waarschijnlijk beter om niet overhaast de conclusie te trekken dat deze vorm van behandeling ongeproportioneerd zou zijn. Verdere wetenschappelijke bestudering van dit onderscheid is dringend gewenst.

De Nederlandse euthanasieregeling

In de internationale pers trok de Nederlandse euthanasieregeling grote aandacht, vreemd genoeg zelfs meer dan in de binnenlandse media. (24) Wanneer deze regeling, voorgesteld door het kabinet Lubbers III (25) en op 9 februari aangenomen door de Tweede Kamer, over enkele maanden ook door de Eerste Kamer zal zijn aangenomen, dan is Nederland het eerste westerse land waar euthanasie met een te verwaarlozen risico van strafvervolgning kan worden verricht. (26)

Het is geen eenvoudige opgave om aan buitenstaanders uit te leggen wat de Nederlandse euthanasieregeling precies inhoudt. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek van de betrokkene blijven volgens het Wetboek van Strafrecht formeel verboden. Mocht een arts, die genoemde handelingen verricht, daarbij de vereiste zorgvuldigheid in acht nemen, dan kan de officier van justitie echter besluiten van rechtsvervolgung af te zien. De zorgvuldigheidsmaatregelen zullen vermeld staan in artikel 10 van de wet op de lijkbezorging. (27) Hieronder valt de eis dat een andere onafhankelijke collega wordt geconsulteerd, en dat het eventuele verzoek van de betrokkene schriftelijk wordt vastgelegd. Bovendien moet de arts zichzelf via de gemeentelijke lijkschouwer bij de officier van justitie aangeven. Hij mag op het overlijdensformulier niet aangeven dat het om een natuurlijke dood gaat.

De arts die dit alles in acht heeft genomen, wordt verondersteld uit overmacht te hebben gehandeld. Artikel 40 van het Wetboek van Strafrecht bepaalt dat iemand die uit overmacht een misdrijf begaat, van strafvervolgung kan worden vrijgesteld. In een arrest van de Hoge Raad uit 1984 wordt gesteld dat een arts die euthanasie verricht, een beroep op overmacht kan doen. (28) De situatie van overmacht waarin de arts zou verkeren zou een noodtoestand, dat wil zeggen een conflict van plichten, zijn. Enerzijds zou hij zich met de waarde van de bescherming van het menselijk leven geconfronteerd zien, anderzijds met de waarde van het respecteren van de wens om waardig te sterven en ondraaglijk lijden te bekorten. (29) Overmacht in de zin van een noodtoestand geldt als een rechtvaardigingsgrond. Mocht een beroep op de noodtoestand slagen, dan wordt de dader geacht niets te hebben gedaan wat tegen het recht ingaat.

De rechters volgden het Arrest van de Hoge Raad in hun jurisprudentie? (30) Het werd het echter alleen toegepast op actieve levensbeëindiging op verzoek van de betrokkene tot februari 1992, toen de rechtszaak tegen een neuroloog werd geseponeerd, die aan het leven van een langdurige comateuze man van 71 jaar – buiten diens verzoek om – een einde had gemaakt. (31) Het was daarom tot ieders verwondering dat het Kabinet Lubbers III in haar voorstel voor een euthanasieregeling ook de actieve levensbeëindiging van terminale zieken zonder verzoek van hun kant onder bepaalde omstandigheden van strafvervolgung wilde vrijstellen.

De oppositie had daarom juist niet gevraagd. Zij steunt over het algemeen het initiatief-wetsvoorstel van D'66 (een links-liberale partij), dat uitsluitend legalisering van euthanasie en hulp bij suïcide, dus levensbeëindiging op verzoek, behelst. Het is de vraag waarom het kabinet Lubbers III in dit opzicht een stap verder wilde gaan dan de oppositie. Hier werd als reden voor aangevoerd dat in ongeveer 1000 gevallen per jaar actieve levensbeëindiging zonder verzoek zou plaatsvinden, zoals het rapport van de commissie Remmelink vermeldt, die in 1991 de euthanasie-praktijk in Nederland heeft onderzocht. (32) Dit aantal zou, aldus het antwoord van minister van Justitie Hirsch Ballin op vragen van de Tweede Kamer, een wettelijke regeling nodig maken. (33)

Waarschijnlijk is het kabinet hier voor een zekere maatschappelijke druk bezwiken. De reeds aangehaalde KNMG-commissie heeft actieve levensbeëindiging bij het doden van “defecte” pasgeborenen bepleit, wanneer medische behandeling niet langer effectief zou zijn. (34) Volgens een rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde is een deel van de kinderartsen hier ook toe bereid. (35) Genoemde KNMG-commissie heeft tevens gesteld dat actieve levensbeëindiging van langdurig comateuze patiënten onder bepaalde omstandigheden toelaatbaar kan worden geacht. (36)

Menigeen zal verzuchten: waarom is er voor zo'n gecompliceerde wettelijke regeling gekozen. Zouden zowel de algehele strafbaarstelling alsook rechtstreekse legalisering van actieve levensbeëindiging niet veel eenvoudiger en helderder oplossingen zijn geweest?

Handhaving van de algehele strafbaarstelling is, gezien de getalsverhoudingen in de Tweede Kamer, niet haalbaar. Het huidige kabinet wordt gevormd door de christen-democraten (het Christen-Democratisch Appèl,

afgekort als CDA) en de socialisten (de Partij van de Arbeid). Deze laatsten steunden vóór de kabinetsformatie het reeds vermelde wetsvoorstel van D'66, terwijl een deel van de christen-democraten actieve levensbeëindiging, in welke vorm dan, ook afwijst.

Bovendien, zo stelde de woordvoerder voor euthanasie namens het CDA, Vincent van der Burg, zou aanscherping van het bestaande verbod op actieve levensbeëindiging door de arts geen zin hebben, omdat het binnen de huidige jurisprudentie met een beroep op de noodtoestand in praktisch alle gevallen zou kunnen worden omzeild. Het arrest van de Hoge Raad, waarop deze jurisprudentie is gebaseerd zou door de minister van justitie en de Tweede Kamer als een vaststaand feit moeten worden geaccepteerd. (37) Het enige dat de tegenstanders van euthanasie op dit moment nog zouden kunnen doen is: pogen de jurisprudentie door aanvullende regelgeving, met name een scherpe formulering van de vereiste zorgvuldigheidsmaatregelen, bij te sturen en in te perken.

Kritische analyse van de Nederlandse euthanasieregeling

Een van de kernpunten in de Nederlandse euthanasieregeling betreft haar uitgangspunt, namelijk dat de arts, wanneer hij aan een aantal zorgvuldigheidseisen heeft voldaan, wordt geacht in een noodtoestand het leven van de patiënt te hebben beëindigd. Zoals we hebben gezien, wordt er dan van uitgegaan dat de arts niets heeft gedaan wat tegen het recht ingaat: "het strafrecht erkent dan dat de dader door de normstelling te overtreden een meerwaardiger rechtsbelang heeft gediend." (38) Een klassiek voorbeeld is de opticien die iemand met een beschadigde bril na winkelsluitingstijd helpt. Men moet zich realiseren dat in dit voorbeeld geen absolute, maar hooguit algemene normen in het geding zijn. (39) De gedachte, dat het beëindigen van het lijden een groter rechtsbelang kan zijn dan het leven van de menselijke persoon, is alleen houdbaar als men ervan uitgaat dat actieve levensbeëindiging in de vorm van euthanasie en hulp bij suïcide ontisch (premoreel) kwaad (40) is, dat eventueel door een proportioneel hoger doel kan worden gerechtvaardigd. De grondslag voor het beroep op de noodtoestand is de opvatting dat het kleinere kwaad mag worden verricht om een groter kwaad te vermijden. Het "mindere" kwaad is hier echter intrinsiek kwaad, omdat het leven van een menselijke persoon een fundamenteel goed in zich is en daarom niet als middel tot een doel mag worden opgeofferd.

Betekent dit standpunt dat de patiënt aan zijn lijden is overgeleverd? De mogelijkheden tot pijnbestrijding zijn tegenwoordig zo uitgebreid, dat pijn altijd effectief kan worden bestreden. Deze variëren van combinaties van diverse pijnstillers tot onderbreking van zenuwbanen. Artsen zouden van de bestaande mogelijkheden goed op de hoogte moeten zijn. Bovendien zou de overheid ervoor moeten zorgen dat ook de meer geavanceerde methoden van pijnbestrijding binnen ieders bereik liggen.

Bepaalde symptomen, zoals kortademigheid, zijn natuurlijk moeilijker te bestrijden. Bij verstikking kunnen echter sedativa toch een zekere verlichting schenken. Zoals we hebben gezien bij de bespreking van de indirecte actieve euthanasie, mag men bij de symptoombestrijding het risico lopen dat als bijwerking het tijdstip van de dood vervroegd intreedt.

Er blijft altijd een bepaald lijden over dat niet langs strikt medische weg kan worden bestreden. Een patiënt met een ongeneeslijke ziekte zal in het aangezicht van de naderende dood vaak angstig en depressief zijn. Een liefdevolle verpleging in een hospice kan hiervoor uitkomst bieden.

Het lijden van mensen die om hulp bij suïcide vragen, zal langs medische weg meestal niet kunnen worden weggenomen. Dit jaar loopt er een proces tegen een Haarlemse psychiater die aan een vijftigjarige vrouw op

haar verzoek een dodelijke dosis medicamenten had verschaft. Binnen enkele jaren had zij haar beide zoons, de een door suïcide en de ander door een kwaadaardige tumor verloren, terwijl haar huwelijk was gestrand. Daarom wilde zij niet verder leven en ondernam zij een zelfdodingspoging die mislukte. Alle hulp wees zij af. Het enige dat zij wilde was sterven. Mocht de psychiater haar daarbij niet willen helpen, dan zou zij zelf naar wegen zoeken om aan haar leven een einde te maken. (41)

Is hier werkelijk van een noodtoestand sprake? Dat de vrouw niet klaar komt met haar leed, hoe begrijpelijk ook, en zich niet wil laten helpen op de normale manier, schept voor de psychiater geen plicht om op haar verzoek in te gaan. De zaken moeten niet worden omgedraaid. Hier ligt voor de vrouw in kwestie een plicht om, hoe moeilijk dat ook mag zijn, via de aangeboden hulp op een of andere manier met haar verdriet een weg door het leven te vinden.

Nog afgezien van de geschetste ethische bezwaren tegen het beroep op de noodtoestand in zich, moet nog een specifiek juridische tegenstrijdigheid wordenesignaleerd. Elk vergrijp, dus ook euthanasie, kan in principe juridisch gezien onder artikel 40 van het Wetboek van strafrecht betreffende overmacht vallen. Een beroep op overmacht is echter bedoeld voor individuele gevallen. In de Nederlandse euthanasieregeling wordt het beroep op overmacht met betrekking tot de arts, die actieve levensbeëindiging verricht, veralgemeniseerd, hetgeen tegen de bedoeling van artikel 40 ingaat.

Wanneer men het arrest van de Hoge Raad als een vaststaand feit zou worden geaccepteerd, zou men zich er dan niet bij neerleggen dat de Hoge Raad met haar arrest de Tweede Kamer in haar wetgevende taak voor de voeten kan lopen? De wetgever mag niet zonder meer door een uitspraak van de Hoge Raad voor het blok worden gezet, zeker niet als die op ethisch ondeugdelijke gronden berust. Dit accepteren zou in feite niets anders betekenen dan dat de wetgever tot een onjuiste wetgeving zou kunnen worden gedwongen.

De euthanasieregeling en de beheersbaarheid van de euthanasiepraktijk

Een andere kwestie is of deze euthanasieregeling de praktijk inderdaad controleerbaar maakt. Kan zij actieve levensbeëindiging door de arts daadwerkelijk inperken? Het formele verbod blijft gehandhaafd, maar tegelijkertijd wordt in de Wet op de lijkbezorging een weg gewezen om in praktisch alle gevallen aan strafvervolgung te ontkomen. Euthanasie, hulp bij suïcide en actieve levensbeëindiging zonder verzoek mogen dan niet officieel gelegaliseerd zijn, men mag toch spreken van een indirecte legalisering.

Sommigen mogen er prijs op stellen dat de formele strafbaarheid is gehandhaafd, in de praktijk is dat een farce. De arts die genoemde handelingen verricht moet zichzelf aangeven. Stel echter dat niet alle zorgvuldigheidseisen zoals vermeld in artikel 10 van de Wet op de lijkbezorging zijn vervuld, zal de arts dan de verleiding kunnen weerstaan om gewoonweg op het overlijdensformulier in te vullen dat de patiënt een natuurlijke dood is gestorven? Onderzoek door van der Wal, geneeskundig inspecteur van de Volksgezondheid in de provincie Noord-Holland, cum suis heeft uitgewezen dat driekwart van de artsen actieve levensbeëindiging niet aangeeft. (42) De conclusie is "dat van eventuele tekortkomingen in de praktijk van euthanasie en hulp bij zelfdoding weinig bij Justitie terechtkomt." (43) Uit een analyse van de meldingen door huisartsen in Noord-Holland blijkt dat sinds 1984 geen vervolging meer is ingesteld.

"Dat bijna nooit (meer) vervolging wordt ingesteld, komt echter ongetwijfeld vooral doordat artsen, geïnformeerd over de te nemen zorgvuldigheidseisen, alleen die gevallen melden ten aanzien waarvan zij vrijwel zeker zijn dat ze niet zullen worden vervolgd ... En als artsen wel melden, hebben ze de neiging de casus zodanig te presenteren dat deze beter past binnen de inhoudelijke zorgvuldigheidsvereisten." (44)

Tijdens de discussie over het bovengenoemde rapport van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde

riepen volgens persberichten enkele kinderartsen op om actieve levensbeëindiging van pasgeborenen niet te melden. (45) Overigens is het een universele rechtsregel dat de pleger van een misdrijf niet verplicht is zichzelf aan te geven.

Tenslotte rest de brandende vraag: als de euthanasieregeling van het kabinet Lubbers III inderdaad tot doel zou hebben om de euthanasiepraktijk te beperken, waarom is dan tevens ruimte geschapen voor actieve levensbeëindiging zonder verzoek, terwijl de oppositie daar uitdrukkelijk niet om heeft gevraagd? Vaak wordt opgemerkt dat de wetgeving de veranderingen in de maatschappij eenmaal moet volgen. Dit is ten dele waar. Door de ontwikkeling van de in-vitro-fertilisatie en embryo-experimenten is een nieuwe wetgeving op dit vlak nodig. Massale overtreding van wetsregels is echter geen aanleiding om van strafvervolgning af te zien. De Franse regering heeft enige tijd geleden een strafpuntensysteem ingesteld voor automobilisten, die verkeersregels overtreden. Evenzo is het feit dat artsen massaal het verbod op actieve levensbeëindiging overtreden, op zich geen reden om van strafvervolgning af te zien.

Slotsom

De intentie te redden wat er te redden valt, is in zich goed. Men kan zich voorstellen dat christelijke parlementsleden met bijvoorbeeld een echtscheidingswet instemmen in de hoop de aanname van een andere echtscheidingswet die nog verder afwijkt van de christelijke huwelijksmoraal, te voorkomen. Wanneer zij een minderheidspositie bekleden, kan dat een zinvol en effectief getuigenis van hun morele opvattingen inzake het huwelijk zijn.

Te redden wat er te redden valt, mag dan een goede intentie zijn, ook het gebruikte middel (als technische term gebruikt de moraaltheologie het woord "object") moet moreel aanvaardbaar en geproportioneerd aan het doel zijn. Dit kan men niet zeggen van de Nederlandse euthanasieregeling. De constructie volgens welke actieve levensbeëindiging door de arts in bepaalde situaties op overmacht zou berusten, mist elk reëel fundament. Ondanks de handhaving van het formele verbod wordt er niets "gered." Een keuze voor de euthanasieregeling van het kabinet moet worden gekwalificeerd als een gemiste kans om, binnen de politiek het – in onze maatschappij zo broodnodige – getuigenis af te leggen van het respect voor de essentiële waarde van het leven van de menselijke persoon als de onontbeerlijk basis voor een waarlijk menswaardige gezondheidszorg.

Noten

1. J.H. van den Berg, *Medische macht en medische ethiek*, Nijkerk: G.F. Callenbach, 1969.
2. L.A. Tollemache, "The cure for incurables," *Fortnightly Review* 13 (1873) p. 218-230, hier geciteerd uit een later uitgegeven verzameling van essays: L.A. Tollemache, *Stones of Stumbling*, London: William Rice, 1895, p. 1-31.
3. S. Bok, "Death and Dying: Euthanasia and Sustaining Life: Ethical Views," in: *Encyclopedia of Bioethics*, ed. W.T. Reich, New York/London: The Free Press/Collier Macmillan Publishers, 1982, vol. 1, p. 274. Een vergelijkbaar onderscheid tussen euthanasie als homicide en euthanasie als suicide vindt men bij D. Tettamanzi, *Eutanasia. L'illusione della buona morte*, Casale Monferrato: Piemme, 1985, p. 24-25.
4. H.T. Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York/Oxford: Oxford University Press, 1986, p. 317: "I will term such a practice euthanasia where there is no actual competent consent but only presumed consent, in order to distinguish it from suicide and even assisted suicide, where a competent individual dying effects death, either alone or through the agency of another."
5. L.A. Tollemache, "The cure for incurables," op. cit., p. 2.
6. K.H. Peschke, *Christian Ethics*, Alcester: C. Goodliffe Neale, 1989, vol. I, p. 250-251.
7. G. Grisez, J.M. Boyle, *Life and Death with Liberty and Justice. A Contribution to the Euthanasia Debate*, Notre

Dame/London: University of Notre Dame Press, 1979, p. 372-380; W.J. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, Brugge: Tabor, 1987, p. 288-293; cfr. dit boek p. 33-37.

8. D. Bonhoeffer, Ethics, London: SCM Press, 1955, 126-127. Cfr. H.M. Kuitert, Suicide: wat is er tegen?

Zelfdoding in moreel perspectief, Baarn: Ten Have, 1983, p. 145-148.

9. In de praktijk blijkt echter dat patiënten ook onder de beschreven omstandigheden hoge doses morfine-achtige middelen kunnen verdragen zonder dat het levenseinde wordt bespoedigd. Omdat het voorbeeld in de euthanasieliteratuur steeds wordt herhaald, wordt het hier omwille van de positiebepaling besproken. Het is denkbaar dat levensverkorting niet meer wordt waargenomen, omdat de verhouding tussen het pijnstillende effect en de bijwerkingen bij de moderne synthetische morfine-derivaten veel gunstiger ligt en de dosering veel beter kan worden gereguleerd dan bij het vroeger gebruikte opium en daaruit geëxtraheerde morfine.

10. H.M. Kuitert, Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem, Baarn: Ten Have, 1981, p. 52-57.

11. Het principe van de handeling met dubbel effect is reeds beschreven op p. 7-40 in dit boek. Voor de toepassing van dit principe op de indirect actieve euthanasie zie "Toespraak van Z.H. Paus Pius XII tot de deelnemers aan het internationaal congres voor neuro-psycho-farmacologie," Katholiek Archief 13 (1958), p. 1061.

12. A. Günthör, Chiamata e risposta. Una nuova teologia morale, Cinisello Balsamo (Milano): Edizioni Paoline, 1988, vol. 111, p. 526-527.

13. J. Rachels, "Active and Passive Euthanasia," The New England Journal of Medicine 292 (1975), p. 79.

14. KNMG-Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend Handelen, Discussienota levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel I: Zwaardefecte pasgeborenen, Utrecht, 1990, p. 3-4; Idem, Deel II: Langdurig comateuze patiënten, Utrecht, 1991, p. 3-4; Idem, Deel III: Ernstig demente patiënten, Utrecht, 1993, p. 4-9. In dit laatste rapport (p. 9) worden met de uitdrukking "levensbekortend handelen" zowel het afzien van levenverlengend ingrijpen als het toedienen van farmaca in een dodelijke dosering aangeduid. Voor dit laatste wordt dan de term "levensbeëindigend handelen" gereserveerd.

15. D. Tettamanzi, Eutanasia ... , op. cit., p. 24.

16. H. van der Kolk, "Verhouding medische taak en verpleegkundige taak," Vita Humana 18 (1991), p. 11-13.

17. R.T.W.M. Thomeer, "Abstineren bij irreversibel coma," Vita Humana 17 (1990), p. 119; M.M. Plomp-van Harnelen, "Verhouding medische taak en verpleegkundige taak," Vita Humana 18 (1991), p. 14-15.

18. W.C.M. Klijn, W. Nieboer, Euthanasie en hulp bij zelfdoding. Ethische analyse en waardering. Wet en recht, Utrecht: Katholieke Vereniging van Ziekeninrichtingen, 1984, p. 17-18.

19. Vroeger sprak men van het onderscheid tussen gewone en buitengewone middelen. De termen "proportioneel" en "niet-proportioneel" geven beter aan dat het bij dit onderscheid in wezen draait om de verhouding tussen de voor- en nadelen van de behandeling. Zie H. Congregatie voor de Geloofsleer, "Verklaring over euthanasie", AAS 72 (1980), p. 549-550. Cfr. W.I. Eijk, De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte, op. cit., p. 319-352.

20. D. Pranger, Het beëindigen van kunstmatige voeding bij aanhoudend vegeteren—de patiënten, Amsterdam: Thesis Publishers, 1992, speciaal p. 179-181.

21. Ibid. p. 168-169.

22. Ibid. p. 180.

23. Cfr de recensie van het boek van Pranger door W.I. Eijk, Vita humana 19 (1992), nr. 4, p. 100-104.

24. Voor de hier volgende bespreking van de Nederlandse euthanasieregeling is grotendeels gebruik gemaakt van: W.J. Eijk, "De Nederlandse euthanasieregeling. Redden wat er te redden valt?," Emmaüs 24 (1993), nr. 2, p. 54-59.

25. Zie de brief van de minister van justitie E.M.H. Hirsch Ballin en de Staatssecretaris van Welzijn,



- Volksgezondheid en Cultuur H.I. Simons, dd 9 november 1991, Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14.
26. Inmiddels is de euthanasieregeling ook door de Eerste Kamer zonder essentiële wijzigingen met 37 tegen 34 stemmen aangenomen en in het Staatsblad gepubliceerd: Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, 1993, nr. 643 en nr. 688.
27. Tweede Kamer, 1991-1992, 22 527, nr. 1-2.
28. Nederlandse jurisprudentie 1985, nr. 106.
29. Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 14, p. 6.
30. L.E. Kalkman-Bogerd, "Juridische aspecten van stervensbegeleiding," in: Ethiek en recht in de gezondheidszorg, aanv. 0 – maart 1990, XXII, p. 208-217.
31. "OM seponereet zaak over ongevraagde euthanasie," De Volkskrant, vrijdag 14-2-1992.
32. Medische beslissingen rond het levenseinde. Rapport van de commissie onderzoek medische praktijk inzake euthanasie, 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij Plantijn-straat, 1991, p. 15.
33. Cfr. het antwoord van minister Hirsch Ballin en staatssecretaris Simons op de derde vraag van de D'66 fractie, Tweede Kamer, 1991-1992, 20 383, nr. 16, p. 12.
34. KNMG-Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen, Discussienota inzake levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel I: Zwaar-defecte pasgeborenen, op. cit., p. 11 ..
35. Doen of laten? Grenzen aan het medisch handelen in de neonatologie, Utrecht, 1992, p. 39-42.
36. KNMG-Commissie aanvaardbaarheid levensbeëindigend handelen, Discussienota levensbeëindigend handelen bij wils-onbekwame patiënten. Deel II: Langdurig comateuze patiënten, op. cit., p. 35.
37. Tweede Kamer, Handelingen, 1991-1992, 69-4262.
38. G.A.M. Strijards, "Enige strafrechtelijke aspecten van de euthanasie," in: D.F. Scheltens, J.J.M. van der Ven, et. al., De dood, uitkomst voor het leven?, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn, 1987 (= Geschrift van de Juristenvereniging Pro Vita), p. 41.
39. Voor het onderscheid tussen algemene en absolute normen zie p. 7-8 van dit boek.
40. Zie p. 20 van dit boek.
41. "Euthanasiewet aanpassen," Trouw, 8 april 1993, p. 3.
42. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, "De overlijdensverklaring en melding na euthanasie of hulp bij zelfdoding, Medisch Contact 47 (1992), nr. 2, p. 43-47.
43. G. van der Wal, J.Th.M. van Eijk, H.J.J. Leenen, C. Spreeuwenberg, Bij Justitie gemelde euthanasie en hulp bij zelfdoding," Medisch Contact 27 (1992), nr. 36, p. 1027.
44. Ibid.
45. "Euthanasie op pasgeborenen is moord," Katholiek Nieuwsblad, vrijdag 31-7-1992, pagina 1 en 3.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk VII: Stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging

T.M.T.J. Broens, anesthesie-verpleegkundige

Hoofdstuk VII uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr.

J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

Om deze voordracht goed te kunnen interpreteren, zou ik willen aangeven, vanuit welke achtergrond deze moet worden begrepen. De problematiek rond de stervensbegeleiding wil ik benaderen vanuit mijn christelijke (Rooms-Katholieke) geloofsovertuiging en vanuit mijn functie als anesthesie-verpleegkundige in een middelgroot algemeen ziekenhuis. *De verpleegkundige in het algemeen*, en daar wil ik het speciaal over hebben, is immers degene, die bij de stervende vaak *de schakel en de essentiële intermediair* kan en mag zijn tussen hem, samen met zijn familie enerzijds en de diverse disciplines onder de hulpverleners zoals: de arts, de andere verzorgenden, de geestelijkheid en de vrijwilligers anderzijds.

Maar om terug te komen op de titel: Stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging. Bij deze titel zou men zowel een vraag- als een uitroep kunnen plaatsen. Een vraagteken, omdat het ons, christenen, in deze hedendaagse geseculariseerde tijd moeilijk gemaakt wordt deze stervensbegeleiding in praktijk te brengen; een uitroepteken, omdat deze voordracht een *appel* wil zijn aan alle christenen, stervensbegeleiding te blijven zien als een morele plicht jegens onze medemens, als een laatste hulp die wij kunnen bieden. Laten wij ervoor waken, dat dit van oudsher christelijk gebruik in ere zal worden gehouden. *De verpleegden* hebben daar recht op.

De titel van dit boek luidt: *“Wat is menswaardige gezondheidszorg?”*. In samenhang daarmee zou ik mij daarom eerst af willen vragen: wie is de mens vanuit de christelijke geloofsovertuiging?

A. De mens is een *persoon naar Gods beeld en gelijkenis*. Hij lijkt op God, maar is niet gelijk aan Hem. Dankzij Gods Almacht en Zijn Goedheid heeft Hij ons het leven geschonken; wij hebben het dus *niet* zelf gemaakt en genomen. Derhalve is de mens een *geschenk Gods, absoluut en uniek in zijn waarde*; een mens, die ons dierbaar is en waar wij beschermend mee om moeten gaan.

Als beschermer en daardoor als *rentmeester*, is ons die unieke mens, waarvan *ziel en lichaam onlosmakelijk en substantieel met elkaar verbonden zijn*, toevertrouwd. Om ons te helpen in ons rentmeesterschap hier op aarde, heeft God ons uit *Liefde* de helpende hand willen bieden en ons als hulpmiddelen en als leidraad (hier ziet men weer de *symbiose* tussen de *Liefde en de Wet*) ten eerste de *Wet* van de *Tien geboden* gegeven zoals staat in het Oude Testament (Ex. 20,1-17) en ten tweede, ter voltooiing daarvan, *het gebod van de Liefde* in het Nieuwe Testament (Joh. 13, 34-35), waarin staat: Een nieuw Gebod geeft Ik u. Gij moet elkaar liefhebben; zoals Ik u heb lief gehad, zo moet ook gij elkaar liefhebben. Hieruit zullen allen kunnen opmaken, dat gij Mijn leerlingen zijt, als gij de Liefde onder elkaar bewaart”.

In de parabel van de Barmhartige Samaritaan (Lc. 10,. 29-37) komt deze *Liefde tot de naaste* zeer duidelijk tot uitdrukking. De barmhartige is degene, die blijft stilstaan bij het *lijden* van de ander, dus *medelijdt met zijn naaste* (in de meest letterlijke zin van het woord), daar gevoelig voor is en daarom hulp biedt. Hij geeft zichzelf weg. Dat is dan ook het voornaamste punt van de *christelijke antropologie*: “De mens, die zichzelf pas volledig kan vinden door de totale overgave van zichzelf”. De essentiële fundamentele waarde van het Christendom tegenovergesteld aan bijvoorbeeld het egoïsme van de mens en de minachting voor de medemens, *nu* zeker net zo *actueel* als ten tijde van Christus.

Op basis van het bovenstaande en terugkomend op het thema van deze voordracht, kan men zeggen, dat men bij *stervensbegeleiding*, de *“Care” of: zorg voor de stervenden*, altijd te maken heeft met een medemens die stervende is, dus een zieke die *lijdt* in al zijn facetten.

B. Maar is het binnen de hedendaagse gezondheidszorg nog wel mogelijk de stervende medemens vanuit onze christelijke geloofsovertuiging de helpende hand te bieden?



Een aantal tendensen binnen de gezondheidszorg zijn minder gunstig voor de persoonlijke begeleiding van stervenden. In het moderne grootschalige ziekenhuis speelt het economische rendement een belangrijke rol. De intermenselijke verhoudingen zijn afstandelijk geworden, waardoor men de persoonsgerichte benadering van de patiënt uit het oog dreigt te verliezen. Dame Cicely Saunders, de oprichtster van de Engelse Hospice-beweging, noemt de ziekenhuizen dan ook onpersoonlijke medische burchten. Een andere factor, die voor de specifiek christelijke stervensbegeleiding nadelig kan zijn, is de verscheidenheid in opvattingen over de beschermwaardigheid en kwaliteit van het leven.

Volgens de hedendaagse utilitaristische ethiek kan het leven van de mens, wanneer het door ziekte is ontluisterd, eventueel zijn waarde en nut verliezen en zelfs voor de samenleving een belasting zijn. De christelijke geloofsovertuiging impliceert daarentegen, dat het leven onder alle omstandigheden waardevol blijft en beschermd dient te worden. Een goede stervensbegeleiding zal ertoe bijdragen, dat de stervende van de waarde van zijn leven overtuigt raakt en blijkt. Moeten wij daarom eigenlijk niet terug naar de kleinschaligheid van de Middeleeuwen? Ik zou zeggen: ja en nee. Van de ene kant was stervensbegeleiding vanuit de christelijke geloofsovertuiging toen altijd aanwezig, mede mogelijk gemaakt door de vele kloosters en kerken, waar hospitia en hospitalen aan verbonden waren (bijvoorbeeld het St. Jans Hospitaal in Brugge). De naastenliefde, die binnen de kleinschaligheid het best realiseerbaar is, speelde toen de hoofdrol, niet het grootschalige economische rendement.

Van de andere kant moet men een ontkennend antwoord op de voornoemde vraag geven. De moderne medische- en verpleegkundige kennis en mogelijkheden, vooral op het gebied van de palliatieve geneeskunde en verpleging, vereisen een technische benadering. De toepassing van geavanceerde medische ingrepen is echter alleen in de grootschalige medische centra realiseerbaar. Daardoor komt, wat de Engelse hospice-beweging met “Care” aanduidt, de persoonlijke, liefdevolle benadering van de stervende, in zekere zin, op gespannen voet te staan met “Cure”, de meer specifiek medische behandeling van de stervende.

C. De “Care” heeft, mede dankzij het wetenschappelijk onderzoek in Engeland, een eigen prominente plaats gekregen binnen de geneeskunde en de verpleging. Maar wat houdt het woord *care* eigenlijk letterlijk in?

In feite zegt het woord het al. Care betekent zorg, zorgen, zorgen voor, verzorgen, verplegen. Men zou de palliatieve zorg als volgt kunnen definiëren: “de actieve totale zorg voor patiënten op een moment, dat hun ziekte niet meer reageert op curatieve behandeling. Bestrijding van pijn en andere symptomen en van psychische, sociale en spirituele problemen staat voorop. Het doel van palliatieve zorg is de hoogst mogelijke kwaliteit van leven voor patiënt en familie” (WHO, 1989) De stervende heeft deze “care” het meest nodig. Is een verpleegkundige, met al haar competenties en verantwoordelijkheden, niet de meest aangewezen persoon om als intermediair te fungeren tussen de stervende met zijn familie enerzijds en medewerkers en andere hulpverleners anderzijds?

Zij is toch degene, die de meeste tijd aan het bed van de stervende doorbrengt. Zonder zelfoverschatting zou ik dat toch wel willen stellen. (Graag zou ik ter verduidelijking erbij willen zeggen, dat de verpleegkundige haar werk niet goed zou kunnen verrichten zonder de hulp van de andere disciplines, zoals bijvoorbeeld de zieken- en bejaardenverzorgenden, de artsen, dus ieder met zijn verantwoordelijkheden, competenties en vaardigheden).

D. Maar wie is de stervende, wat zijn zijn gevoelens, waar de verpleegkundige mee geconfronteerd wordt?

Een stervende is een mens, die “*totale pijn*” heeft, die men zou kunnen onderverdelen in:

I. De *fysieke pijn*, die het gehele lichaam binnendringt en zich uit in:



- a. onrust;
- b. benauwdheid, waardoor er paniek kan ontstaan om te stikken, hetgeen vele oorzaken kan hebben;
- c. depressies;
- d. misselijkheid;
- e. braken;
- f. incontinentie van faeces of urine;
- g. decubitus;
- h. gebrek aan eetlust;
- i. onaangename mond.

II. *De psycho-sociale pijn*, die men kan onderverdelen in:

1. De *emotionele pijn*, veroorzaakt door gevoelens van:

- a. depressie;
- b. geïsoleerdheid en eenzaamheid;
- c. afhankelijkheid;
- d. onrust;
- e. hulpeloosheid, vertwijfeling, eenzaamheid in het o.a. verwerken van emoties;
- f. onevenwichtigheid;
- g. uitgerangeerd te zijn;
- h. schaamte voor incontinentie van faeces en urine;
- i. neerslachtigheid;

2. *De maatschappelijke pijn*:

De stervende moet zijn familie, vrienden en kennissen achterlaten. Financiële problemen spelen ook vaak een rol.

3. *De geestelijke pijn*:

De stervende gaat zich afvragen wat de zin van het leven is, of het nog wel zinvol is en geborgenheid kan geven. Hij kan, en dat gebeurt ook vaak, gaan worstelen met het Geloof en zich af gaan vragen, waarom hij nu juist moet lijden, waarom doet God hem dit nu aan! Een priester of een dominee is hier uiteraard de aangewezen persoon om hulp te bieden.

E. Om de *stervende* in *zijn totale pijn* bij te kunnen en te mogen staan, heeft een verpleegkundige, vanuit haar christelijke geloofsovertuiging, allereerst haar Geloof in God, de Schepper van Hemel en Aarde, nodig, om als haar uitgangsprincipe te dienen. Haar naaste is stervende, waardoor haar gaven om hulp te bieden worden gemobiliseerd. Dat houdt tevens in, dat zij vanuit haar belofte van geheimhouding handelt samen met de arts of ook, indien noodzakelijk, tegen de arts in (in geval van opdrachten, die tegen haar geweten ingaan), het leven beschermt en het lijden verzacht. Maar om deze gaven te kunnen mobiliseren zou men van een christelijke verpleegkundige bepaalde eigenschappen kunnen en mogen verwachten, zoals:

- 1. Een sterke positieve levensovertuiging, waaraan ik vanuit mijn praktiserende geloofsbeleving toe wil voegen het ontmoeten van Christus in de H. Eucharistie en het gebed tot Maria en de H. Jozef, de patroon van de stervenden.
- 2. Eerbied voor de absolute waarde van de persoon vanaf de conceptie tot aan de dood.
- 3. Zij is vaak het eerste luisterende oor in gesprekken met de stervende, waartoe de gave van het volledig wegcijferen van zichzelf behoort, hetgeen nederigheid als voorwaarde stelt.
- 4. Open en eerlijk staan tegenover het gevoelsleven van de stervende. Je erin kunnen verplaatsen, hetgeen als

een sterk therapeutisch middel kan werken.

5. Troost bieden, maar tegelijkertijd niet opdringerig zijn.

6. De bereidheid hebben om over de aanvaarding van de dood te spreken, waarbij de priester en de dominee middels een persoonlijk gesprek en gebed een essentiële rol spelen voor de stervende. Voor de Rooms-Katholiek zijn de drie H. Sakramenten, te weten de H. Eucharistie, de Biecht en het H. Oliesel, extra genademiddelen.

7. Genegenheid tonen en/of sympathie proberen op te brengen.

8. Samen met de familieleden er zijn voor de stervende, niet in plaats van of los van hen, opdat zij, doordat zij bij het stervensproces betrokken worden, de mogelijkheid krijgen beter het rouwproces te verwerken.

9. Zij is niet enkel de verlengde arm van de arts, maar draagt ook een grote eigen verantwoordelijkheid ten opzichte van de stervende, van waaruit zij kan handelen, hetgeen een goede observatie vereist van de fysieke en geestelijke toestand van de stervende.

Als voorbeeld zou ik kunnen noemen het toedienen van medicijnen waartoe zij binnen bepaalde marges zelfstandig bevoegd is. Zij is buiten de familie de meeste tijd aan het bed van de stervende; hoort het meeste, zowel van hem als van de familie en de andere betrokkenen; is er tot en met het overlijden bij en kan hen allen bijstaan, door bijvoorbeeld alleen al aanwezig te zijn.

10. Een christelijk verpleegkundige kan en moet, indien noodzakelijk, bescherming bieden aan de stervende, wanneer andere betrokkenen plannen maken voor de actieve beëindiging van diens leven.

11. Een verpleegkundige die bij de stervensbegeleiding is ingeschakeld, dient over een evenwichtig karakter te beschikken en kan gevoel voor humor goed gebruiken.

12. Goed gevoel hebben voor collegialiteit in al zijn facetten.

Als men nu de *gevoelens* van een *stervende* en de *gaven* en *gevoelens* van een *verpleegkundige*, beiden in al hun onvolmaaktheden, naast elkaar plaatst, dan blijkt dat een christelijke stervensbegeleiding diepe zin heeft en in de praktijk kan worden gerealiseerd. Deze "Care" is een menselijke benaderingswijze, die de patiënt als mens het meest recht doet in zijn laatste levensfase. *Het is dé remedie tegen de euthanasie*. Euthanasie is niets anders dan een zwakgebod van de onvolmaakte mens en van een maatschappij, die tekortschiet.

Overigens is niet alleen de stervende mens, maar ook de hulpverlener zelf doel van de stervensbegeleiding. Niemand heeft wellicht de diepste betekenis van de christelijke stervensbegeleiding zo duidelijk verwoord als Moeder Teresa: "Gelukkig zij, die werken in een tehuis voor stervenden, want zij mogen 24 uur per dag het Lichaam van Christus aanraken."

F. Zou derhalve de menselijke zorg (de "Care") die een verpleegkundige aan de stervende biedt, niet tegelijkertijd een therapie (een "cure") kunnen zijn in de meest christelijke zin van het woord? De persoonlijke benadering van de verpleegkundige kan heilzaam (curatief) zijn voor de stervende in diens *emotionele, geestelijke en maatschappelijke pijnen*. Dit stelt hem in staat het lijden en toekomstig sterven te aanvaarden en in *innerlijke harmonie met God, zichzelf en zijn omgeving* de dood tegemoet te gaan. Vanuit *die innerlijke harmonie* kan de stervende echter op zijn beurt *heilzaam (curatief) voor de verpleegkundige, zijn familie en de andere betrokkenen zijn*. Zij worstelen immers als toeschouwers van het lijden met hun eigen gevoelens. Hier stoten we op de kern van de christelijke antropologie: *De mens kan zichzelf niet volledig vinden, tenzij door de eerlijke gave van zichzelf. Het frappante daarvan is, dat de relatie tussen de stervende en zijn omgeving er een wordt van geven en ontvangen. Op deze wijze wordt de christelijke naastenliefde realiteit.*

G. Tenslotte zou ik u graag enkele concrete mogelijkheden willen vermelden om de christelijke stervensbegeleiding in praktijk te brengen.

1. Sinds het begin van de jaren dertig bestaan er in Engeland speciale opvangtehuizen voor stervenden. Recent zijn er ook in Nederland enkele van deze tehuizen, "*hospices*" genaamd, opgericht. Voor de filosofie achter de hospicezorg moge hier verwezen worden naar het boek van Shirley du Boulay over Dame Cicely Saunders: "Een leven voor de stervenden" en de brochure van de Stichting "Behoud van Leven", geschreven door Prof. Dr. J.P.M. Lelkens.

2. De stervensbegeleiding kan ook worden verbeterd door *Het bevorderen van de thuiszorg*. Deze thuiszorg zou eventueel vanuit de hospices, alsook vanuit de bestaande verpleeg- en verzorgingstehuizen kunnen worden ondersteund. Het zou ideaal zijn, als de thuiszorg het hele etmaal zou kunnen omvatten. Doel van de thuiszorg is dat de hulpverlener in samenwerking met de familie en andere mensen uit zijn omgeving de stervende de mogelijkheid biedt in alle rust en *in de eigen omgeving thuis temidden van dierbaren te sterven*. Hoewel de overheid de thuiszorg sterk bevordert, vormen de beperkte financiële middelen en de 8-urige werkdag een obstakel. Daardoor wordt de nadruk meer op de strikt medisch-verpleegkundige behandeling (de "Cure") gelegd, dan op de menselijke zorg (de "Care"). De stervensbegeleiding richt zich daardoor meer op het verzachten van de lichamelijke symptomen en complicaties, dan op het verhelpen van de "*totale pijn*".

3. Voor de bestrijding van somatische pijn die niet op de gebruikelijke analgetica reageert, zou men moeten kunnen terugvallen op *afdelingen* binnen de bestaande instellingen voor gezondheidszorg gespecialiseerd in de *pijnbestrijding*. Mede uit hoofde van mijn functie als anesthesie-verpleegkundige zou ik op het grote belang daarvan willen wijzen. Men zou kunnen denken aan bijvoorbeeld permanente pijnbloccades door middel van alcohol-injecties.

4. Niet alleen voor chronisch zieken, maar tegelijkertijd ook voor terminale patiënten zouden *ziekenreizen* kunnen worden georganiseerd. Van harte zou ik daarom, vanuit mijn persoonlijke ervaring, Lourdes in Zuid-Frankrijk willen noemen. De plaats waar Maria is verschenen aan Bernadette en waar veel voor de zieken wordt gebeden. Tevens is Lourdes ook de plaats, waar de zieke in "*zijn totale pijn*" centraal staat. Daarom kan men dit oord "EEN GROOT HOSPICE" noemen. Tijdens die reizen en het verblijf aldaar kan de "*care een 'cure'*" en de "*cure een 'care'*" worden. De zieken die terugkomen zijn geestelijk gesterkt en worden er daardoor toe in staat gesteld om tot volledige aanvaarding en overgave te komen.

5. Zowel bij de thuiszorg als bij de verzorging in een hospice of verpleeg- en verzorgingshuis is het van groot belang dat alle medewerkers inzake de bescherming van het leven van menselijke personen op dezelfde lijn zitten. Vanuit mijn eigen ervaring als bestuurslid van beide soorten huizen van R.K. signatuur, zou ik willen benadrukken, dat het essentieel is, dat bestuur, directie en staf volledig hetzelfde Pro-Life uitgangspunt innemen. Zij kunnen ten eerste niet zonder elkaar functioneren. Bovendien moeten zij er borg voor staan dat de bewoners van de betreffende huizen een vredige oude dag mogen beleven en met een gerust hart zonder angst voor actieve levensbeëindiging kunnen sterven. Deze angst, die reëel aanwezig is, mag niet worden onderschat.

Dames en heren, voordat ik mijn voordracht ga afsluiten zou ik een beroep op u allen willen doen en een appél aan u willen richten. De *persoon van de stervende moet centraal staan* en verdient op de allereerste plaats bescherming tegen alle hedendaagse tendensen en stromingen binnen de samenleving en de gezondheidszorg. Laat het *pro-life* standpunt, de *care-cure* en de *cure-care* filosofie in GODS naam prevaleren boven alle andere, in mijn ogen, secundaire belangen.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.

Hoofdstuk VIII: Wettelijke en algemene regelingen met betrekking tot gewetensbezwaren binnen de gezondheidszorg

door mr. M. Daverschot

Hoofdstuk VIII uit "Wat is menswaardige gezondheidszorg ?", onder redactie van prof.dr. W.J. Eijk en prof.dr. J.P.M. Lelkens, Colomba Oegstgeest, 1994

1. Inleiding

1.1. Daniël in de leeuwenkuil

De meesten van u kennen ongetwijfeld de geschiedenis van Daniël in de leeuwenkuil (1). De geschiedenis van één van de oudtestamentische profeten, die als Judeese balling en ambtenaar in dienst was van de Medisch-Perzische koning Darius in Babylon.

Deze koning vaardigde op een zeker moment, op verzoek van een aantal andere ambtenaren, die het op de ondergang van de in hun ogen bij de koning al te populaire Daniël hadden gemunt, een wet van Meden en Perzen, dus een onherroepelijk gebod, uit. Dit gebod, dat de koning te goeder trouw uitvaardigde, hield in, dat binnen een periode van dertig dagen: zijn onderdanen alleen aan hem – de koning – een verzoek mochten richten. Deed een onderdaan, binnen genoemde periode een dergelijk verzoek aan een ander, een god of een mens, dan zou – als dit bekend werd – de betreffende onderdaan in een kuil met verscheurende leeuwen geworpen worden. De jaloerse ambtenaren wisten hoogstwaarschijnlijk dat Daniël de geloofsgewoonte had om driemaal daags in een vertrek met open ramen naar Jeruzalem tot Jahweh zijn God, te bidden. Van zijn ondergang in de leeuwenkuil konden zij dus zo goed als zeker zijn.

Ik zal u nu niet belasten met de gewetensvraag: wat had u gedaan in de situatie van Daniël. Ik zou u echter wel willen vragen, probeert u eens met mij na te gaan hoe Daniël had kunnen reageren, zodra hij te horen kreeg dat het bedoelde, onherroepelijke gebod uitgevaardigd was.

1. Hij zou een – niet eens zo heel groot – compromis met zijn geweten kunnen sluiten als bijvoorbeeld: zijn gebedsverplichtingen in het vervolg niet in de openbaarheid, maar, voor zover mogelijk, in het geheim nakomen. Hem zou de leeuwenkuil waarschijnlijk bespaard zijn.
2. Hij zou een wat verdergaand compromis met zijn geweten kunnen sluiten: bijvoorbeeld zijn verplichtingen maar ten dele – zolang er geen verraad dreigde – nakomen. Of: gedurende die verplichte dertig dagen uiterlijk helemaal niets van zijn gebeden kunnen laten merken. Ook dan zou hij aan de leeuwenkuil kunnen ontsnappen en dat geldt ook voor de twee volgende mogelijkheden:
3. Hij zou kunnen vluchten of
4. Hij zou naar de koning kunnen gaan, hem zijn benarde situatie kunnen uitleggen en hem om hulp kunnen vragen.
5. Tenslotte zou Daniël zijn gebedsverplichtingen als voorheen kunnen voortzetten, vertrouwend op zijn God, de Hoorder van gebeden, die voor de uitkomst in de nood zou zorgen.

Anders gezegd: hij zou, geplaatst voor zijn conflict van plichten, hebben kunnen besluiten dat een mens God

meer gehoorzaam moet zijn dan de mensen.

Dit laatste deed Daniël, zonder dat wij overigens iets weten over zijn mogelijk gewetensconflict. De straf werd voltrokken, maar deze geschiedenis van Daniël eindigt in eerste instantie als volgt: Daniël werd uit de leeuwenkuil opgetrokken zonder enig letsel omdat, zo eindigt de tekst Daniël 6: 25: 'hij op zijn God had vertrouwd.'

In tweede instantie eindigt deze geschiedenis met de verering door Darius van de God van Daniël en zijn bevel aan al zijn onderdanen om voor deze God te vrezen en te beven.

1.2. Het voorbeeld van Daniël in de huidige gezondheidszorg

Waarom schotelt u ons deze geschiedenis voor, zult u zich misschien afvragen? Voordat ik u daarop een antwoord geef, wil ik nog een keer bij uw geweten aankloppen met nog veel lastiger vragen, dan die over de situatie van Daniël. Veel lastiger vragen, omdat deze uw eigen praktijksituatie in de gezondheidszorg raken.

1. Wat zou u doen, als u graag als leerlingverpleegkundige aangenomen zou willen worden en men vertelt u tijdens het sollicitatiegesprek, dat u – bij gewetensbezwaren tegen abortus provocatus – weliswaar niet mee hoeft te werken aan de abortus provocatus zelf, maar dat van u wél verwacht wordt dat u meewerkt aan de voorbereidingen voor die ingreep?
2. Wat zou u doen, als u als arts solliciteert bij een RIAGG en de behandelcoördinator vertelt u, dat van u verwacht wordt, dat u de visie van het team over homoseksualiteit deelt en deze visie ook gestalte geeft in uw behandelbeleid, terwijl u ernstige gewetensbezwaren tegen deze visie hebt?
3. Wat zou u doen, als u als kinderverpleegkundige gevraagd wordt een ernstig gehandicapte pasgeborene met onder andere een goed operabele hartafwijking flesvoeding te geven, terwijl dit kind nog niet goed drinkt en daarom niet zonder sondevoeding kan? Zonder sondevoeding heeft het kind grote kans op ondervoeding en uitdroging. Dit laatste beoogt de behandelend arts ook. Het kind heeft weliswaar goede levenskansen als het geopereerd zou mogen worden, maar de ouders willen dit niet omdat zij ervan overtuigd zijn, dat zij de verzorging en opvoeding niet aan kunnen. Zij willen het liefst dat de arts het leven van het kind zo snel mogelijk beëindigt.
4. Wat zou u doen, als u als arts of als verpleegkundige in een ziekenhuis met een anti-euthanasiebeleid werkt en het ziekenhuis wil dit beleid omzetten in een pro-euthanasiebeleid?

Ook op deze vragen krijgt U van mij niet direct een antwoord. Ik moet u nog even teleurstellen tot aan het laatste gedeelte van mijn inleiding. Maar dan hoop ik u ook handvatten te kunnen bieden voor het oplossen van dit soort gewetensconflicten in arbeidssituaties, die aan ons in allerlei variaties worden voorgelegd.

Ik ga nu eerst met u terug naar de geschiedenis van Daniël.

Uiteraard is de situatie van Daniël niet zo zonder meer te vergelijken met de situatie van een werker in de gezondheidszorg, die ernstige gewetensbezwaren heeft tegen het meewerken aan bepaalde handelingen in de gezondheidszorg, zoals bijvoorbeeld abortus provocatus en euthanasie. Toch waag ik het erop, zij het met enige schroom in dit theologisch-wetenschappelijke centrum, uit de geschiedenis van Daniël enkele conclusies te trekken voor ons, als werkers in de gezondheidszorg. Wij, die vrijwel onvermijdelijk met gewetenskeuzes geconfronteerd zullen worden, als en zolang in onze gezondheidszorg de onschendbaarheid en de beschermwaardigheid van het menselijk leven slechts verzekerd is onder bepaalde voorwaarden.

In een vrij recent juridisch proefschrift over de vrijheid van het geweten (2) – maar overigens ook in andere rechtsliteratuur – wordt benadrukt, dat een kenmerk van een gewetensbeslissing is: de bereidheid om de nadelige gevolgen van deze beslissing te dragen. Met een fraaie Duitse term wordt dit genoemd: die Bereitschaft zur Konsekwenz. Als we nu kijken naar de geschiedenis van Daniël, kun je constateren dat Daniël die bereidheid compromisloos bezat, namelijk om te staan voor zijn principes en de gevolgen daarvan. Maar aan de bereidheid ging iets zeer essentieels vooraf: zijn Godsvertrouwen. Dit was de basis van die bereidheid en de effecten daarvan, die ik niet eens volledig genoemd heb, waren verbazingwekkend groot.

Wat ik, met deze geschiedenis van Daniël als inspirerend voorbeeld, onze werkers en hun gewetensbezwaren in de gezondheidszorg wil zeggen:

In de eerste plaats dat wij, als wij in de praktijk van de gezondheidszorg met onze pro-life-normen geloofwaardig willen zijn en effecten willen scoren, óók als wij ons op ons geweten beroepen, geen compromissen – of moet ik zeggen veel minder compromissen? – moeten sluiten en bereid moeten zijn de nadelige gevolgen van onze gewetensbeslissingen te dragen. En ik wil u graag daarbij de geloofsbereidheid van Daniël toewensen!

In de tweede plaats zullen wij, willen wij ruimte houden voor onze pro-life-visie in onze geseculariseerde gezondheidszorg, én als enkeling op de werkvloer, én samen met collega's – al dan niet in organisatorisch verband – én in de politiek, onze visie nog veel meer met open vizier moeten uitdragen en blijven uitdragen.

Deze aanbevelingen wil ik u als een soort rode leidraad meegeven alvorens ik mijn juridische informatie over gewetensbezwaren in de gezondheidszorg uiteen zal zetten en de gegeven praktijkvoorbeelden zal toelichten. Ik hoop dat beide onderdelen van mijn inleiding uw Bereitschaft zur Konsekwenz zullen versterken, voor zover nodig!

2. Het geweten en het gewetensbezwaar in het recht

In de eerste plaats wil ik u enkele recente definities van het geweten en het gewetensbezwaar, zoals deze in het recht gehanteerd worden, voorleggen. In de tweede plaats wil ik met u het recente wetsvoorstel inzake 'Gewetensbezwaren in dienstbetrekking'(nr 22 392) en de daarbij behorende regelingen nagaan.

2.1. Het geweten

Een heel eenvoudige definitie van het geweten komen we tegen in de Memorie van Toelichting (MvT), 1991 bij het wetsvoorstel inzake gewetensbezwaren in dienstbetrekking: “een serieus persoonlijk normbesef van goed en kwaad”. Een uitgebreidere definitie lezen we in het proefschrift van de Jurist Vermeulen over gewetensvrijheid. Deze definitie, die ik voor het goede begrip van de toehoorders wat minder compact verwoord heb, luidt als volgt: het geweten is de morele instantie in de mens, die diens persoonlijke identiteit bewaart en die zich uit in een intense morele ernst. Deze ernst manifesteert zich in de bereidheid – omwille van het geweten – nadelen te dragen (dit is de door mij in het voorafgaande aangehaalde, “Bereitschaft zur Konsequenz”).

Het zal u duidelijk zijn dat beide definities niets zeggen over de inhoud van het geweten. Deze inhoud kan zeer verschillend zijn omdat de inhoud van het geweten wordt bepaald door de normen die de mens voor zijn handelen aanvaardt. Voor een christen zijn dat bijvoorbeeld de normen van Gods Woord, geconcretiseerd in de Wet van de Tien geboden. Op grond van het zesde gebod van die Wet zullen christenen bijvoorbeeld abortus provocatus, euthanasie en hulp bij zelfdoding, ook voor een buitenstaander of een rechter begrijpelijk, kunnen

afwijzen.

Bij een niet-christen gaat men ervan uit, dat diens geweten bepaald wordt door een ander godsdienstig, dan wel levensbeschouwelijk normenpatroon. Aangenomen wordt – en werd dus dat – om na te kunnen gaan of er sprake was van een gewetensbeslissing, dit terug te voeren zou moeten zijn op een objectief te verifiëren normenpatroon. Door de toegenomen secularisatie (verwereldlijking) is echter een sterke tendens ontstaan, ook in het recht, om deze gedachte te verlaten en het geweten van zijn inhoudelijk en objectief te verifiëren normenpatroon te ontdoen. Het geweten wordt geacht te zijn gesubjectiveerd en geseculariseerd. Het geweten is volgens de jurist Vermeulen: ‘oeverloos’ geworden: elk type handeling kan in principe uiting zijn van een ‘gewetensbesluit’.

Het behoeft, meen ik, geen nadere toelichting als ik stel dat als de gedachte van het geseculariseerde geweten algemeen zou postvatten, dit het beroep op gewetensbezwaren, die wel tot een duidelijk herkenbaar normenpatroon te herleiden zijn, zal verzwakken.

De moderne ‘oeverloosheid’ en subjectiviteit van het geweten brengt met zich mee, aldus ook Vermeulen, dat de werkingssfeer ervan niet in te perken valt en dat een algemeen geformuleerd, extern werkend recht op gewetensvrijheid, onmogelijk te garanderen is. Gevolg van deze visie is dan ook dat de mogelijkheden van beroep op desbetreffende artikelen, in internationale en nationale rechtsregels beperkt worden.

Verdere kenmerken van het geweten, die in de juridische literatuur genoemd worden, zijn ondermeer: dat het (zoals ook al gezegd) een strikt persoonlijke aangelegenheid is, dat het aan verandering en verdieping onderhevig is, dat het per individu kan verschillen en dat de wijze waarop het geweten zich uit per persoon kan verschillen. Tenslotte, van een gewetensovertuiging kan pas gesproken worden als deze overtuiging zo essentieel is voor de betrokkene, dat deze die niet kan verloochenen.

2.2. Het gewetensbezwaar

Ook van het begrip gewetensbezwaar bestaan verschillende definities. De MvT, bij het genoemde wetsvoorstel, inzake gewetensbezwaren in dienstbetrekking spreekt van “uit het individuele normbesef – omtrent goed en kwaad – voortvloeiende onoverkomelijke bezwaren tegen bepaalde opgedragen werkzaamheden”. De werknemer, die een dergelijk bezwaar heeft, zou door het verrichten van deze werkzaamheden in ernstige gewetensnood raken. Het moet bij gewetensbezwaren dus gaan om onoverkomelijke bezwaren.

Gewetensbezwaren kunnen van allerlei aard zijn. Om ons te beperken tot het terrein van de gezondheidszorg: zij kunnen bestaan tegen het uitvoeren van bepaalde opgedragen werkzaamheden, zoals het meewerken aan of het voorbereiden van abortus provocatus, euthanasie en levensbeëindiging zonder verzoek. Maar gewetensbezwaren kunnen ook het beleid van de organisatie betreffen: gewetensbezwaren tegen het aanvragen van een abortusvergunning of het invoeren van een pro-euthanasiebeleid door middel van een euthanasieprotocol, aldus de MvT.

2.3. Het wetsvoorstel ‘gewetensbezwaren in dienstbetrekking’

De werknemer, en dit geldt ook voor een ambtenaar (bijvoorbeeld een arts of een verpleegkundige in een overheidsziekenhuis), die het uitvoeren van bepaalde – al dan niet opgedragen – handelingen niet of niet meer voor zijn geweten kan verantwoorden, staat voor de moeilijke beslissing zijn gedragswijze te bepalen. Consequent zou zijn de uitvoering van de betreffende handelingen te weigeren. Maar de vraag komt dan direct op, of hem dit niet als werkweigering verweten kan worden en ontslag kan betekenen.

Wat zijn de rechten en plichten van een gewetensbezwaarde werknemer of dito ambtenaar? In de eerste plaats kunnen we stellen dat niemand verplicht kan worden een wettelijke bepaling te overtreden. Dit geldt ook voor

medewerking aan het overtreden van een wettelijke bepaling. Men denke maar aan het uitvoeren of meewerken aan bij de Strafwet (WSr) verboden handelingen als euthanasie (artikel 293), opzettelijke levensbeëindiging zonder verzoek (=doodslag of moord, respectievelijk artikel 287 en 289) en hulp bij zelfdoding. Worden dit soort handelingen van je gevraagd, dan zou je kunnen volstaan met het wijzen op de strafbaarstelling van deze handelingen. In feite behoeft je dan helemaal niet over gewetensbezwaren te spreken.

In de tweede plaats kunnen werknemers nagaan of een gewetensbezwarenregeling in hun CAO is opgenomen. Ambtenaren kunnen nagaan of een dergelijke regeling in hun ambtenarenreglement is opgenomen. Voor werknemers in ziekenhuizen en verpleeghuizen is bijvoorbeeld de CAO voor het Ziekenhuiswezen van kracht. Deze CAO bevat een gewetensbezwarenregeling artikel 6 lid 1: de werknemer heeft het recht, op grond van ernstige gewetensbezwaren, het uitvoeren van bepaalde opdrachten te weigeren.

Verder kan gewezen worden op enkele artikelen in het Burgerlijk Wetboek (BW), waarvan artikel 1639z: “de werkgever moet zich als een goed werkgever gedragen”, u in dit verband wellicht het meeste zal aanspreken. Een werkgever moet, op grond van dit artikel, bijvoorbeeld in geval van arbeidsproblemen – dus ook in geval van gewetensbezwaren in de arbeidssituatie – met de werknemer in overleg treden om tot een goede oplossing te komen. Uiteraard geldt het omgekeerde ook. Ook van de werknemer kan in dezen initiatief verwacht worden.

We kunnen ook wijzen op o.m. het grondrecht van vrijheid van denken, van geweten en van godsdienst in enkele internationale verdragsartikelen en naar artikel 1 en artikel 6 van onze Grondwet, respectievelijk het recht op non-discriminatie en het recht op vrijheid van godsdienst of levensovertuiging.

Tenslotte is er nog een bijzondere wettelijke bepaling in verband met zwangerschapsafbreking: artikel 20, 1e lid van de Wet Afbreking Zwangerschap: niemand is verplicht een vrouw een behandeling, gericht op het afbreken van zwangerschap, te geven dan wel medewerking daaraan te verlenen.

Komen werkgever en werknemer niet uit hun gewetensbezwarenprobleem, dan staat altijd voor beiden beroep op de kantonrechter open. Dit geldt ook voor de werknemer als de werkgever hem wil ontslaan. Voor de ambtenaar staat geen beroep op de kantonrechter, maar op de ambtenarenrechter open, als hij arbeidsproblemen als gevolg van gewetensbezwaren ondervindt. Voor ambtenaren blijken in de praktijk genoemde wettelijke en andere regelingen alsook de aanbevelingen in het in 1983 tot stand gekomen interdepartementale rapport ‘De ambtenaar met gewetensbezwaren’ goed te werken. Genoemde aanbevelingen komen grotendeels overeen met de hierna te noemen SER-richtlijnen. Het kabinet heeft daarom besloten geen aparte wettelijke regeling voor gewetensbezwaarde ambtenaren in het leven te roepen.

Dit verliep echter anders wat betreft de gewetensbezwaarde werknemers. Voor hen bleken in de praktijk de geldende regelingen onvoldoende rechtsbescherming te bieden. Op aandrang van een meerderheid van de Tweede Kamer, heeft de toenmalige minister van Sociale zaken en Werkgelegenheid zich ingezet voor een wettelijke gewetensbezwarenregeling voor werknemers. Hiervoor werd in 1988 de Sociaal Economische Raad om advies gevraagd. In dit adviesorgaan zijn werkgevers- en werknemersorganisaties alsook de overheid vertegenwoordigd. De minister liet deze adviesaanvraag vergezeld gaan van een zgn ‘Outline’, een overzicht van hoofdlijnen voor dit wetsvoorstel. Dit advies dat in 1990 verscheen, heeft grotendeels de bouwstenen geleverd voor het eind 1991 ingediende wetsvoorstel ‘Gewetensbezwaren in dienstbetrekking’. Dit wetsvoorstel omvat niet meer dan een aanvullende bepaling bij een artikel in ons BW. Aan artikel 1639s BW werd een vijfde lid toegevoegd, namelijk dat de rechter de beëindiging van een dienstbetrekking kennelijk onredelijk kan achten, ‘wanneer deze geschiedt wegens het enkele feit dat de werknemer als gevolg van een beroep op een gewetensbezwaar weigert de bedongen arbeid te verrichten.’

Ter verduidelijking: als de rechter een beëindiging van de arbeidsovereenkomst vanwege gewetensbezwaren kennelijk onredelijk acht, dan heeft de werknemer recht op schadevergoeding en/of herstel van de dienstbetrekking.

2.4. De Richtlijnen van de Sociaal-Economische Raad (SER-richtlijnen)

Voor de toepassing en de interpretatie van deze – vrij globale – wettelijke regeling, wijst de wetgever uitdrukkelijk naar de richtlijnen in het SER-advies en naar de aanbevelingen van de Stichting van de Arbeid om gewetensconflicten te voorkomen (3). Ik beperk mij tot de SER-richtlijnen. Belangrijk zijn voor de gewetensbezwaarde werknemer in de gezondheidszorg de volgende richtlijnen:

- de werkgever zal de aspirant-werknemer zo volledig mogelijk moeten inlichten over de organisatie en de aard van de werkzaamheden;
- de werknemer zal van zijn kant de werkgever op de hoogte moeten stellen van mogelijke gewetensbezwaren die hij tegen de beschreven werkzaamheden kan hebben;

Bij deze richtlijnen zou ik de volgende kanttekeningen willen maken. De richtlijnen geven de indruk dat de sollicitant (en degene die al in dienst is) een soort meldingsplicht wordt opgelegd, terwijl de vrijheid van het geweten toch als een algemeen rechtsbeginsel aanvaard wordt en daarom ook vóórondersteld mag worden als men solliciteert of als men al in dienst is. Het is voorstelbaar dat een dergelijke meldingsplicht ook een uiteindelijk gevolg is van een eerdergenoemde secularisatie. Het geweten is door de secularisatie onbegrensd en in zekere zin ongrijpbaar geworden. Uiteraard wil een werkgever zich indekken tegen een al te gemakkelijk beroep op het gewetensbezwaar. Dit indekken wordt nog eens benadrukt door een volgende SER-richtlijn, waarin staat dat – als een gewetensbezwaar niet tijdig gemeld wordt – de loondoorbetaling van de werkgever vervalt. Als je als aspirant-werknemer in de gezondheidszorg solliciteert is dit een zware bepaling, die discriminerend overkomt. Althans wordt hier het risico van het hebben van een gewetensbezwaar grotendeels bij de solliciterende aspirant-werknemer gelegd.

Op het schijnbare ‘zwaargewicht’ van die meldingsplicht valt, mijns inziens, echter wel wat af te dingen. In de eerste plaats moet de aspirant-werkgever de aard van de werkzaamheden uiteenzetten én alleen ten aanzien daarvan geldt een verplichting om gewetensbezwaren te melden. In de tweede plaats hebben de betrokken bewindslieden (staassecretaris Kosto van Justitie en minister de Vries van Sociale Zaken en Werkgelegenheid) op vragen van de GPV-fractie, die vond dat een meldingsplicht van de sollicitant diens sollicitatiepositie ernstig kon verzwakken, als volgt gereageerd:

Als het gaat om een sollicitant in een abortuskliniek dan mag je verwachten, dat deze zijn bezwaren open bespreekt en dat daaraan dan consequenties verbonden worden. Bij, bijvoorbeeld een algemeen ziekenhuis, zal zich een dergelijke situatie zó niet voordoen en daarom zullen deze sollicitanten met gewetensbezwaren niet belemmerd behoeven te worden in hun kansen en ontplooiingsmogelijkheden. Daaraan wil ik dan nog toevoegen, dat de Wet Afbreking Zwangerschap te allen tijde de mogelijkheid biedt om (medewerking aan) de uitvoering van abortus provocatus te weigeren. Ten aanzien van euthanasie en overig levensbeëindigend handelen geldt dat het strafbaar is en dat (medewerking aan) uitvoering daarvan dus ook altijd mogelijk is. Een meldingsplicht vooraf kan men ten aanzien van deze handelingen dus ook nooit afdwingen.

Toch zit er nog één addertje onder het gras. Want stel dat iemand tijdens zijn dienstbetrekking gewetensbezwaren krijgt tegen handelingen, waar hij eerst géén bezwaren tegen had. In dat geval zijn volgens de SER-richtlijnen de nadelige gevolgen voor de werknemer. Bij een niet tijdig gemeld gewetensbezwaar vervalt

de loondoorbetalingsverplichting van de werkgever. Of een werkgever echt zover zal gaan, is uiteraard de vraag, maar hij heeft dus wel het recht daartoe.

Maar er zijn nog meer richtlijnen, waar de werknemer – mogelijk ook als hij zijn gewetensbezwaar niet tijdig gemeld heeft – zijn voordeel mee kan doen:

- de werkgever en werknemer zullen bereid moeten zijn de bezwaren te bespreken om een oplossing te vinden. Of die oplossingen gevonden zullen worden hangt af van een aantal factoren en omstandigheden:
- het al dan niet incidentele karakter van de werkzaamheden,
- de praktische mogelijkheden de werkzaamheden door anderen te laten verrichten,
- de beschikbaarheid van vervangende, passende arbeid
- de bereidheid van de werknemer vervangende passende arbeid (wellicht gedeeltelijk) te verrichten,
- het bestaan van CAO-regelingen of andere met de OR afgesproken regelingen.

Zodra een werknemer een beroep doet op een gewetensbezwaar tot het moment van de conclusies van het genoemde werknemer/werkgever-overleg, moet de werkgever loon doorbetalen. De loondoorbetalingsverplichting vervalt ook als er geen passend werk is, als er geen andere oplossingen worden gevonden, als de werknemer de vervangende arbeid niet wil verrichten of als de vervangende arbeid er pas op termijn is. Geconcludeerd zou vervolgens kunnen worden, dat dan ontslag onvermijdelijk is. Het ontslag mag echter niet kennelijk onredelijk zijn. Dat zou het dus zijn als alleen op grond van het feit dat iemand – vanwege gewetensbezwaren – bepaalde bedongen arbeid weigert te verrichten.

Kort samengevat: je kunt als werknemer met gewetensbezwaren alleen ontslagen worden als vastgesteld kan worden:

- dat je als aspirant-werknemer tijdens de sollicitatiefase relevante informatie hebt verzwegen;
- dat je je gewetensbezwaren op een later tijdstip, tijdens je dienstbetrekking, niet tijdig hebt gemeld;
- dat je weigert andere passende arbeid te verrichten of
- dat er geen andere passende arbeid of andere oplossingen voorhanden zijn.

Dan is in dit verband nog relevant voor een werknemer met gewetensbezwaren, dat er ook een wetsvoorstel tot invoering van een klachtrecht voor de individuele werknemer is ingediend. De werknemer – met een klacht met betrekking tot zijn arbeidssituatie – heeft volgens dit wetsvoorstel het recht op een behoorlijk antwoord van zijn werkgever, bijstand van een klachtenbegeleider en het recht om niet benadeeld te worden in zijn positie. Dit klachtrecht kan de gewetensbezwaarde werknemer steunen in zijn aandeel, in het vinden van een bevredigende oplossing.

Tenslotte, voordat ik overga tot het bespreken van de praktijksituaties, nog een enkele opmerking over die werkers in de gezondheidszorg zonder een dienstverband, zoals bijvoorbeeld huisartsen en de meeste medisch specialisten. Deze werkers hebben uiteraard een grote vrijheid om hun werkzaamheden naar hun geweten in te richten en uit te voeren. Zitten zij toch in enig werkverband, bijvoorbeeld in een groepspraktijk of een maatschap, dan zal het aankomen op de afspraken die zij gemaakt hebben voor hun onderlinge samenwerking en op hun afspraken bijvoorbeeld met het ziekenhuis. Wat betreft het ziekenhuis, hierbij zullen ook de inhoud

van de toelatingsovereenkomst, het stafreglement en andere ziekenhuisregelingen een rol spelen.

3. Gewetensconflicten in de praktijk

Terug naar de praktijkvoorbeelden

1. Wat zou u doen, als u graag als leerlingverpleegkundige aangenomen zou willen worden en men vertelt u tijdens het sollicitatiegesprek, dat u – bij gewetensbezwaren tegen abortus provocatus weliswaar niet mee hoeft te werken aan de abortus provocatus zelf, maar dat van u wél verwacht wordt dat u meewerkt aan de voorbereidingen voor die ingreep?

Je zou het erbij kunnen laten zitten, gewoon aan het werk gaan en meewerken aan de voorbereidingen voor abortus provocatus. Maar je zou het ook heel anders kunnen doen: informeren wat je rechten en plichten zijn als sollicitant en werknemer als het gaat om abortus provocatus, en vervolgens constateren dat men jou helemaal daar niet toe kan verplichten. Zie ook de hiervoor besproken wettelijke en andere regelingen.

Die informatie, die je in feite al voor het sollicitatiegesprek aan zou moeten hebben, kun je opvragen bij de vak- en belangenorganisaties voor werkers in de gezondheidszorg: Febe, het Gereformeerd Maatschappelijk Verbond, Het Richtsnoer, de Reformatorisch Maatschappelijke Unie, of bij andere pro life-organisaties en bij het Juridisch Adviesbureau Gezondheidszorg. Met die informatie gewapend sta je steviger in je schoenen, als men jou handelingen wil laten verrichten die tegen je geweten indruisen.

2. Wat zou u doen, als u als arts solliciteert bij een RIAGG en de behandelcoördinator vertelt u, dat van u verwacht wordt, dat u de visie van het team over homoseksualiteit deelt en deze ook gestalte geeft in uw behandelbeleid, terwijl u ernstige gewetensbezwaren tegen deze visie hebt?

Je kunt je conformeren aan het voorgestelde beleid en je geweten geweld aan doen. Je kunt, als je vanwege je gewetensstandpunt afgewezen wordt, ook de moeite nemen om de reden van afwijzing gemotiveerd op schrift te krijgen, want daar heb je recht op. Vervolgens kun je een klacht indienen bij de directie en het bestuur van de instelling. Als dat geen positief resultaat oplevert, kun je juridische stappen ondernemen om deze discriminatie vanwege je gewetensstandpunt of je gods-dienst/levensovertuiging ongedaan te maken. Uiteraard heb je daarvoor juridische bijstand nodig.

In het recente verleden zijn meermalen aspirant-leerling-verpleegkundigen afgewezen of dreigden afgewezen te worden, omdat zij niet wilden meewerken aan (de voorbereidingen van) abortus provocatus. Een enkele maal verzochten deze aspirant-leerlingen ons, juridische actie te ondernemen in verband met deze discriminatie. Dit is ook gelukt, zelfs zonder procedure. Het dreigen met een procedure bleek al voldoende om de directies tot een ander standpunt te bewegen.

3. Wat zou u doen, als u als kinderverpleegkundige gevraagd wordt een ernstig gehandicapte pasgeborene met onder andere een goed operabele hartafwijking flesvoeding te geven, terwijl dit kind nog niet goed drinkt en daarom niet zonder sondevoeding kan. Zonder sondevoeding heeft het kind grote kans op ondervoeding en uitdroging. Dit laatste beoogt de behandelend arts ook. Het kind heeft weliswaar goede levenskansen als het geopereerd zou mogen worden, maar de ouders willen dit niet omdat zij ervan overtuigd zijn, dat zij de verzorging en opvoeding niet aan kunnen. Zij willen het liefst dat de arts het leven van het kind zo snel mogelijk beëindigt.

Je kunt de opdracht van de arts klakkeloos uitvoeren met in je achterhoofd: het is zijn verantwoordelijkheid. Je

kunt als kinderverpleegkundige ook besluiten je volledig in te zetten voor een optimale zorg voor het kind én de ouders. En dit is in werkelijkheid ook zo gebeurd. Er is aangedrongen op teamoverleg, dat ook veelvuldig heeft plaatsgevonden evenals overleg met de arts. Er is vaak met de ouders gesproken. Men heeft advies gevraagd aan de medisch-ethische commissie aan de Raad voor de Kinderbescherming en aan andere deskundigen buiten het ziekenhuis. De tijd, die dit in beslag nam, betekende op meer dan één punt winst: ondermeer kwam bij de ouders een hechtingsproces op gang en het kind ontwikkelde zich zo goed, dat het op een gegeven moment met de ouders mee naar huis kon. Voor de ouders was overigens ook gezorgd dat, als zij tijdelijk te zwaar belast zouden zijn met de zorg van het kind, het kind tijdelijk in een tehuis voor gehandicapte kinderen in de omgeving opgenomen kon worden.

4. Wat zou u doen, als u als arts of als verpleegkundige in een ziekenhuis met een anti-euthanasiebeleid werkt en het ziekenhuis wil dit beleid omzetten in een pro-euthanasiebeleid?

Je kunt een dergelijke invoering van een pro euthanasiebeleid op z'n beloop laten-eventueel na mondeling en/of schriftelijk protest- en hopen dat er ook nog een gewetensbezwarenregeling in het ziekenhuis komt. Je kunt het ook anders en beter aanpakken, zoals ook in werkelijkheid gebeurd is. Je kunt een werkgroepje met pro life-werkers opzetten. Je kunt met elkaar je bezwaren tegen deze invoering op papier zetten, maar ook jouw visie op (verbetering van) de zorg voor ernstig zieken en stervenden. Mocht de invoering van het pro euthanasiebeleid tóch doorgezet worden, dan heb je al een goede start gemaakt voor het voorbereiden van een gewetensbezwarenregeling. Ook in dit soort situaties is hulp van juridisch geschoolde buitenstaanders zeer aan te bevelen.

In de betreffende situatie ging het om een vrij geruisloos ingevoerd pro euthanasiebeleid, zonder dat de niet-leidinggevenden daarbij betrokken waren. Een werkgroepje van pro life-werkers protesteerde op de eerder aangegeven wijze en verzamelde zo'n tachtig handtekeningen ter adhesie bij hun schrijven. Dit resulteerde in een drietal van direktiewege georganiseerde gespreksrondes voor alle betrokken ziekenhuismedewerkers. Het werkgroepje zorgde dat bij alle gespreksrondes pro life-werkers aanwezig waren om hun visie weer te geven. Het pro euthanasiebeleid werd wel ingevoerd, zij het met terughouding; verbetering van de zorg van ernstig zieken en stervenden werd een beleidsonderwerp en er werd een commissie ingesteld voor het opstellen van een adequate gewetensbezwarenregeling.

De mogelijkheden om méér te doen dan met tegenzin zich te conformeren of te protesteren als gewetensbezwaarde zijn in de gezondheidszorg vaak veel groter dan wij op het eerste gezicht denken. Ik heb u daarvoor deze praktijkvoorbeelden gegeven; ik hoop op veel vragen van uw kant!

Ik wil eindigen met een vraag en een aanbeveling. Wat zou u doen als u een Daniël was in onze gezondheidszorg, waar de beschermwaardigheid van het leven een dubieuze zaak geworden is? Er is een Engels gezegde: 'Dare to be a Daniël, dare to stand alone.' Durf een Daniël te zijn, durf alleen te staan, mét Gods hulp en alle mensen die u willen en kunnen helpen!

Naschrift

De tekst voor deze toespraak werd in augustus 1993 geschreven. Inmiddels is het Wetsvoorstel 'Gewetensbezwaren in dienstbetrekking' door de Tweede en de Eerste Kamer aangenomen. De bespreking op 30 september 1993 in de Tweede Kamer van dit wetsvoorstel heeft nog een motie opgeleverd, de Motie Schutte c.s. Deze motie werd gesteund door het GPV, de RPF, de SGP en het CDA. Volgens deze motie moet in de

leidraad voor de Stichting van de Arbeid worden opgenomen, dat werknemers geen nadelige gevolgen mogen ondervinden van het feit, dat zij bij sollicitatie of op enig ander tijdstip geen mededeling doen van hun gewetensbezwaren tegen medewerking aan abortus provocatus, euthanasie en hulp bij zelfdoding. De motie werd aangehouden in afwachting van nadere informatie uit het veld. Toen deze informatie kwam, resulteerde dit in een voor (potentiële) gewetensbezwaarden tamelijk positieve reactie van de Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, mede namens de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

Naar alle betrokken landelijke organisaties, de Vereniging Nederlandse Bejaardenorden (VNB), de Nederlandse Zorgfederatie (NZF) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg werd een ministeriële schrijven met ondermeer de volgende inhoud verzonden. Ontoelaatbaar wordt geacht 'het vragen naar informatie over gewetensbezwaren, die niet van belang is voor de beoordeling van de geschiktheid van betrokkene voor de in het geding zijnde functie of opleiding. In dit schrijven wordt ook verwezen naar de gedragsregels van de Stichting van de Arbeid. Duidelijk wordt gemaakt dat het onaanvaardbaar is om te selecteren op gewetensbezwaren als deze geen verband houden met het al dan niet geschikt zijn voor de functie of de opleiding, waarnaar iemand solliciteert, 'maar hooguit met de eventuele inzetbaarheid in toekomstige andere functies.'

Ondanks de positieve opstelling van genoemde Ministeries blijkt in de praktijk waakzaamheid geboden. Het gebeurt nog steeds dat schoolverlaters zonder enige praktijkervaring tijdens het sollicitatiegesprek situaties worden voorgelegd, waarin abortus provocatus of euthanasie een rol spelen, dit om hun 'inzetbaarheid en flexibiliteit' ten aanzien van deze zaken te testen. In de eerste plaats is het mijns inziens ethisch laakbaar om (meestal jonge en onervaren) schoolverlaters met dergelijke ethisch complexe vraagstukken te confronteren. In de tweede plaats constateren wij nog steeds dat schoolverlaters, die op genoemde punten onvoldoende scoren, afgewezen worden. Mijns inziens is dit een vorm van indirecte discriminatie, die openlijk aan de kaak gesteld en afgewezen moet worden. Wij verzoeken sollicitanten in de gezondheidszorg (ook niet-schoolverlaters) dan ook dringend dergelijke sollicitatiepraktijken bij ons te melden.

Noten

1. Oude Testament, Daniël 6.
2. B.P. Vermeulen, De vrijheid van het geweten, een fundamenteel rechtsprobleem, Arnhem, Gouda Quint BV, 1989.
3. 'Nota over gewetensbezwaren in arbeidsrelaties; een leidraad voor ondernemingen', Stichting van de Arbeid, 4 juli 1990. Later verschenen eveneens van de Stichting van de Arbeid 'Aanbevelingen inzake het wervings- en selectiebeleid van ondernemingen', 14 maart 1991.

Overgenomen met toestemming van uitgeverij Colomba.