

1.2.2 De principes van de katholieke medische ethiek

W.J. Eijk

Het katholieke mensbeeld houdt in dat de mens, geschapen als hij is naar Gods beeld en gelijkenis, een intrinsieke waarde is, dus altijd meer dan alleen een instrumentele waarde vertegenwoordigt. Zoals we boven zagen, noemt Gaudium et Spes [1: Tweede Vaticaanse Concilie. Gaudium et spes, Pastorale Constitutie over de Kerk in de wereld van onze tijd (7 december 1965), nr 24. In: Mulders (vert.) MH, Kahmann (vert.) J, editors. Serie Ecclesia Docens, Hilversum: Gooi en Sticht; 1967.] de mens 'het enige schepsel (op aarde) dat God omwille van zichzelf heeft gewild.' Het eigendomsrecht en het beschikkingsrecht met betrekking tot de mens berust bij Hem die de mens als intrinsieke waarde schiep uit het niets, namelijk de Schepper.

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

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

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

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

Als de menselijke biologische natuur een intrinsieke dimensie van de menselijke persoon is, dan impliceert het instrumentaliseren van de biologische natuur tevens het instrumentaliseren van de persoon als zodanig. Op

welke manier wordt het menselijke lichaam geïnstrumentaliseerd?

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

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

Een eventuele tegenwerping zou kunnen zijn dat het niet altijd eenvoudig is om een scherpe grens te trekken tussen preventie en therapie enerzijds en enhancement anderzijds. Hiertussen bevindt zich een grijze zone, waar geen definitieve antwoorden voorhanden zijn. Is het verhelpen van bijziendheid door middel van een laserbehandeling van het hoornvlies een therapie of de verbetering (enhancement) van een overigens gezond individu? Ligt de grens tussen beide bij min 5 of bij min 10 dioptrie? Bij het antwoord op deze vraag speelt ook de sociale omgeving een rol: bijziendheid heeft in West Europa minder nadelen dan op een afgelegen plek in het Amazonegebied. Temidden van al deze wisselende factoren het juiste midden vinden, vereist van medewerkers in de gezondheidszorg een grote concrete feitenkennis en de deugd van de prudentie (zie Hoofdstuk I.3). Het bestaan van een grijze zone neemt overigens niet weg dat in de meeste gevallen enhancement duidelijk van preventie en therapie is te onderscheiden.

2.2.2 Directe levensbeëindiging bij onschuldige mensen is moreel ongeoorloofd

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

De toevoeging direct betekent dat het effect van een handeling het doel ervan is, bijvoorbeeld wanneer men iemand uit haat doodt, of wordt gebruikt als middel om een doel te bereiken: levensbeëindiging om te ontkomen aan de gevolgen van een ernstige ziekte. In een aantal gevallen kan het levenseinde een gevolg zijn van medische behandeling, bijvoorbeeld wanneer een zieke aan een ernstige maagbloeding door trombopenie als gevolg van chemotherapie of behandeling of aan een anafylactoïde shock als complicatie van de toediening van penicilline. In dit geval spreken we van een indirecte levensbeëindiging, feitelijk een bijwerking. Hierop komen we terug bij de bespreking van het principe van de handeling met dubbel effect (Zie dit hoofdstuk, 2.2.6.2).

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

‘Met het gezag dat Christus aan Petrus en zijn opvolgers heeft verleend en in gemeenschap met alle bisschoppen van de katholieke kerk bevestig ik bijgevolg dat het rechtstreeks en vrijwillig doden van een onschuldig wezen altijd ernstig immoreel is. Deze leer vindt haar grondslag in de ongeschreven wet die ieder mens, door zijn verstand verlicht, in zijn hart ontdekt (vgl. Rom. 2,14-15). Ze wordt bevestigd door de heilige Schrift, doorgegeven door de Overlevering van de kerk en onderricht door het gewone en universele leergezag’ [2: H. Johannes Paulus II. Encycliek Evangelium Vitae: Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven (25 maart 1995). 1995, 23, nr. 57.] [3: Tweede Vaticaans Concilie. Lumen Gentium. Dogmatische Constitutie over de Kerk (21 november 1964), nr. 25. AAS 1965, 57, 5-75.]

Dit roept de vraag op wat bedoeld is met een *onschuldig* mens? Eberhard Schockenhoff heeft zijn twijfels ten aanzien van het absolute karakter van genoemde norm, omdat de kwalificatie onschuldig in de praktijk de nodige onzekerheid kan oproepen. In dit verband noemt hij twee voorbeelden. Op de eerste plaats dat van een politieagent die een psychiatrische patiënt moet dooddoden, wiens gewelddadig gedrag een acuut risico impliceert voor het leven van anderen, hoewel hij niet toerekeningsvatbaar is. Hij is derhalve niet schuldig aan wat hij doet. Dit is, aldus Schockenhoff een uitzondering op de norm dat men het leven van onschuldige mensen niet mag beëindigen. Op de tweede plaats: het is eveneens geoorloofd militairen van het vijandelijke leger te doden, hoewel het feit dat zij tot een vijandelijk leger behoren, niet volstaat om hen individueel als schuldig te kwalificeren [4: E. Schockenhoff. Insgesamt schlüssig. Eine moralphilosophische Analyse von ‘Evangelium Vitae’. Herders Korrespondenz 1995, 49, 541-547.].

Het punt is dat – in tegenstelling tot wat Schockenhoff veronderstelt – *schuldig* hier niet is gebruikt in *morele* zin, dat wil zeggen dat betrokkene *vrij van schuld* is [5: W.J. Eijk. L'estensione del quinto comandamento nel pensiero morale di Giovanni Paolo II. Medicina e Morale 2007, 57, 907-1011.]. In dit opzicht is niemand volstrekt onschuldig. De uitdrukking *onschuldig* is in deze context door de klassieke katholieke moraaltheologie (de katholieke moraaltheologie van de 16e tot met het midden van de 20e eeuw) gehanteerd in technische zin: onschuldig betekent hier dat betrokkene noch in aanmerking komt voor de doodstraf, noch actief betrokken is bij een onrechtvaardige oorlog [6: G. Grisez. Life, Health and Bodily Inviolability. In: Grisez G, editor. The way of the Lord Jesus, Vol II Living a Christian Life, Quincy (Illinois): Franciscan Press; 1993, II, 474-475.]. Waar het Oude Testament zegt: ‘Breng iemand die geen schuld heeft en in zijn recht staat, niet ter dood; wie zich aan zoiets schuldig maakt, laat ik niet vrijuit gaan’ (Ex. 23,7), is in strikte zin bedoeld: *iemand die niet de doodstraf verdient*. Het Oude Testament hanteert in het verbod om ‘onschuldig bloed’ te vergieten, de term onschuldig in ruimere zin om ieder lid van de gemeenschap aan te duiden die het risico loopt ten onrechte te worden gedood

(Deut. 19,10-13; 21,8-9, 27,25; Jer. 7,6; 19,3-5; 22,3).

Overigens treft men op enkele plaatsen in het Oude Testament de opdracht aan om ook de niet-strijders van een vijandelijk volk om het leven te brengen, namelijk in situaties waarin Israël alle volkeren moet doden waarvan het in Kanaän de plaats zal innemen (Deut. 7,1-2; 13,12-18; 20,16-18; Jos. 6,18-21; 10,40, 11,14; 1 Sam. 15,2-32). Het gaat hier om echter een tijdgeboden opvatting, die moet worden gelezen vanuit een incompleet Gods- en mensbeeld binnen het kader van een zich geleidelijk ontvouwende Openbaring. Een dergelijke opdracht staat haaks op de opdracht om ook de vijanden te beminnen, dat Jezus geeft in het Nieuwe Testament: 'Gij hebt gehoord dat er gezegd is: Gij zult uw naaste beminnen en uw vijand haten. Maar ik zeg u: Bemint uw vijanden en bidt voor wie u vervolgen' (Mt. 5,43-44; vgl. Lc. 6,27-36).

De Traditie van de Kerk ontwikkelde de theorie van de rechtvaardige oorlog: deze houdt in dat men een oorlog mag voeren en geweld gebruiken tegen degenen die bereid zijn om onrechtvaardig geweld te gebruiken en het algemeen Welzijn en de sociale orde ernstig in gevaar brengen. In zekere zin geldt dit ook voor iemand die de doodstraf verdient, aldus de klassieke katholieke moraaltheologie: iemand die door zijn optreden een ernstige bedreiging is voor het algemeen Welzijn, kan zijn recht op leven verliezen (overigens ziet Johannes Paulus II, hoewel hij de doodstraf in principe (de jure) niet afwijst, er de facto geen rechtvaardiging meer voor onder de huidige omstandigheden, waarin het mogelijk is misdadigers langdurig of levenslang in hechtenis te houden [7: H. Johannes Paulus II. Encycliek Evangelium Vitae: Over de waarde en de onschendbaarheid van het menselijk leven (25 maart 1995). 1995, 23, nr. 56.] [8: Catechismus van de Katholieke Kerk. Nr. 2267. 2008.]).

Het is duidelijk dat het in een oorlogssituatie niet gemakkelijk is om uit te maken wie actief betrokken is bij een onrechtvaardige oorlog: gaat het hier alleen om militairen of ook om werknemers van wapenfabrieken? Men moet zich realiseren dat de onzekerheid betreffende de toepassing van een norm onder concrete omstandigheden niet automatisch onzekerheid betreffende de norm op zich betekent. Onzekerheid ten aanzien van het onderscheid tussen *schuldig* en *onschuldig* sluit geenszins uit dat het verbod op het doden van onschuldige mensen absoluut is. Om de juiste toepassing van de onderhavige norm te vergemakkelijken stelde Alfonso de' Liguori (1696-1787) een lijst op van mensen die als onschuldig zijn te kwalificeren: jongeren die niet met wapens kunnen omgaan, vrouwen, ouderen, religieuzen, geestelijken, pelgrims, handelaars en boeren [9: Alfonso de' Liguori. Theologia Moralis. Tomus I. In: le Noir D, editor., Paris: Ludovicus Vivès; 1884.].

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

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

2.2.3 Het therapeutische principe (totaliteitsprincipe)

De eerste twee principes sluiten uit dat er een volledig beschikkingsrecht over het menselijk lichaam bestaat. Men mag het niet reduceren tot een middel tot een doel. Er is echter wel een zeker beschikkingsrecht over het

menselijk lichaam, maar alleen binnen bepaalde grenzen. Organen die zijn aangetast door een kwaadaardige aandoening, worden geëxstirpeerd en ledematen, aangetast door gangreen, worden geamputeerd.

Orgaandonatie door een levende donor impliceert ook een vorm van beschikking over het lichaam. In een aantal gevallen hebben deze ingrepen grote gevolgen. Het verwijderen van delen van de hersenen waarin zich een tumor bevindt, kan leiden tot een verandering van de persoonlijkheid. Door uterusextirpatie wordt de vrouw onvruchtbaar. In genoemde voorbeelden is er onmiskenbaar sprake van een vorm van beschikking over het lichaam, het voortplantingsvermogen en mentale functies met als doel het leven te behouden. Dit roept de vraag op welke grenzen hierbij in acht dienen te worden genomen. Een antwoord hierop geeft het therapeutische principe, dat ook bekendstaat als het totaliteitsprincipe, een van de meest fundamentele principes van de medische ethiek [10: M. Zalba. Totalità (principio di). In: Rossi L, Valsecchi A, editors. Dizionario enciclopedico di teologia morale. 7e ed., Edizioni Paoline ed, Milano: Cinisello Balsamo; 1987, 1141-1150.].

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

1. lagere functies nooit worden opgeofferd tenzij voor het beter functioneren van de persoon in zijn totaliteit en dan met een poging om wat is opgeofferd te compenseren;
2. de fundamentele vermogens die essentieel bij het mens zijn horen, nooit worden opgeofferd, tenzij dat noodzakelijk is om het leven te behouden [11: B.M. Ashley and K.D. O'Rourke. Health care ethics. A theological analysis. 4th ed, Washington: Georgetown University Press; 1997, 219.].

De basis voor dit principe is dat de delen ondergeschikt zijn aan het totaal van de delen. Het lichaam is een organisme dat bestaat uit diverse organen en ledematen die samen een fysieke eenheid vormen. Zij zijn integrale onderdelen (partes integrantes) en als zodanig in hun zijn ondergeschikt aan het geheel [12: Pius XII. Ce premier congres. Toespraak tot de deelnemers aan het eerste internationaal congres voor histopathologie van het zenuwstelsel. Acta Apostolicae Sedis 1952.]. Thomas van Aquino legde de basis voor dit principe in zijn *Summa Theologica*, waar hij schrijft over de amputatie van een been dat is aangetast door gangreen [13: T. Aquinas. Summa Theologica, II-II. 1265, 65, 61.].

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

Er vallen enkele verkeerde interpretaties van het totaliteitsprincipe te signaleren. Sommige moraaltheologen hebben op basis van het totaliteitsprincipe sterilisatie gerechtvaardigd om te voorkomen dat een vrouw die heeft geleden aan een zwangerschaps- of kraambedpsychose of als gevolg van een zwangerschap problemen kan krijgen in haar huwelijksrelatie, zwanger wordt [14: B. Häring. Frei in Christus. Moralthologie für die Praxis des christlichen Lebens. Freiburg/Basel/Wien: Herder; 1981, vol. III, 39-40.]. Op deze wijze wordt echter het voortplantingsvermogen opgeofferd om de psychische gezondheid in stand te houden, dat wil zeggen omwille

van iets dat niet essentieel is voor de menselijke persoon als een *levende totaliteit*, maar een *functionerende totaliteit*. Feitelijk wordt evenwel de persoon als *functionerende totaliteit* geschonden door het verlies van het voortplantingsvermogen. En dat terwijl op het moment van de ingreep er geen imminent gevaar voor de psychische gezondheid dreigt en dat gevaar ook op een andere manier kan worden voorkomen. Bovendien suggereert deze interpretatie van het totaliteitsprincipe dat het eveneens geoorloofd zou zijn om lichaamsdelen op te offeren ten behoeve van sociale belangen. Op basis van dezelfde redenering zou ook sterilisatie omwille van eugenetische motieven in het belang van de samenleving of de Staat kunnen worden gelegitimeerd.

De gedachte dat de integriteit van het lichaam ten behoeve van sociale doeleinden mag worden aangetast, is ingegeven door de toepassing van het totaliteitsprincipe op de doodstraf: als het noodzakelijk is, dan zou de overheid het recht hebben om een crimineel ter dood te laten brengen met het oog op het algemeen welzijn van de samenleving in haar totaliteit. Het risico dat totalitaire regimes van dit principe misbruik maken is uiteraard niet denkbeeldig. We moeten echter voor ogen houden dat het lichaam een fysieke eenheid is, en de samenleving een morele. In tegenstelling tot de delen van het lichaam is het zijn van de afzonderlijke personen niet ondergeschikt aan de samenleving als geheel. Hooguit zijn zij ondergeschikt aan de samenleving, voor zover het algemene welzijn in het geding is. Op dit vlak heeft de publieke overheid iets te zeggen over hun doen en laten. De doodstraf kan niet worden gerechtvaardigd op basis van het totaliteitsprincipe [15: Pius XII. Ce premier congres. Toespraak tot de deelnemers aan het eerste internationaal congres voor histopathologie van het zenuwstelsel. Acta Apostolicae Sedis 1952.].

Bij de toepassing van het therapeutische principe moet aan enkele voorwaarden worden voldaan [16: E. Sgreccia. Personalist Bioethics. Foundations and Applications. Philadelphia: The National Catholic Bioethics Center; 2012.]:

1. het moet gaan om een ingreep in het lichaamsdeel dat is aangetast ofwel om een lichaamsdeel dat hoewel zelf onaangetast de directe oorzaak is van een levensbedreigende situatie; bij het laatste kan men denken aan het verwijderen van de testes en de ovaria (of het uitschakelen van de functie van deze organen door radiotherapie) bij testosteron afhankelijke prostaatcarcinomen respectievelijke oestrogeen afhankelijke borstcarcinomen [17: Pius XII. Ce premier congres. Toespraak tot de deelnemers aan het eerste internationaal congres voor histopathologie van het zenuwstelsel. Acta Apostolicae Sedis 1952.] [18: Pius XII. Nous vous saluons. Toespraak tot de leden van het 26e Italiaans congres over urologie, (8 oktober 1953). Acta Apostolicae Sedis 1953, 45, 673-679.].
2. er zijn geen alternatieven voor de ingreep;
3. de kans op levensbehoud of herstel van de gezondheid is geproportioneerd aan de risico's verbonden aan de ingreep;
4. de betrokken patiënt geeft zijn toestemming voor het verrichten van de ingreep.

2.2.4 Het principe van vrijheid en verantwoordelijkheid

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

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

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

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

'De rechten en de plichten van de geneesheer zijn correlatief met die van de patiënt. De geneesheer heeft met betrekking tot de patiënt geen afzonderlijk of zelfstandig recht; in het algemeen kan hij slechts handelen wanneer de patiënt hem uitdrukkelijk of impliciet (direct of indirect) daartoe machtigt' [19: Pius XII. Le dr. Bruno Haid. Toespraak tot een congres van artsen te Rome over de reanimatie (beademing) (24 november 1957). Acta Apostolicae Sedis 1957, 49, 1027-1033.] [20: Pius XII. Arrivés au terme. Toespraak tot het internationaal bureau van documentatie van militaire geneeskunde (19 oktober 1953). Acta Apostolicae Sedis 1953, 45, 744-754.]

Dit klassieke uitgangspunt is verwoord in de moraaltheologische en medisch-ethische literatuur vanaf de 16e eeuw, dus vanaf het moment dat de katholieke moraaltheologie en de medische ethiek zich tot afzonderlijke disciplines ontwikkelden. Hooguit kon volgens een enkele moraaltheoloog (Leonhard Lessius, SJ, Leuven, 1554-1623) de staat respectievelijk een religieuze overste van iemand die voor de staat of de orde niet gemist kon worden, eisen dat hij zich aan medische behandeling onderwierp, mits zeker was dat genezing zou intreden en de pijn van een operatie niet te lang zou aanhouden; Domingo de Soto (Spanjaard met grote invloed op het Concilie van Trente als keizerlijk theoloog, 1495-1560) verwierp dit echter wat betreft de staat [21: W.J. Eijk. De zelfgekozen dood naar aanleiding van een dodelijke en ongeneeslijke ziekte. Een medisch-historisch en medisch-ethisch onderzoek ten behoeve van een Rooms-Katholiek standpunt inzake euthanasie. Academisch proefschrift. . Brugge: Tabor / Rijksuniversiteit Leiden; 1987, 161-162, 170-171 en 348-349.]. Vanaf de jaren '50 van de vorige eeuw bleek echter dat de zeggenschap van patiënten over de toepassing van behandeling en deelname aan experimenteel medisch onderzoek als gevolg van een tweetal ontwikkelingen onder zware druk was komen te staan:

1. Op de eerste plaats kwamen enkele schandalen naar buiten met betrekking tot de manier waarop proefpersonen voor experimenteel medisch onderzoek werden geronseld en werden geïnformeerd



over de opzet, de inhoud en de risico's ervan. Vooral het schandaal rond de Tuskegee Syphilis Study deed in de jaren zeventig veel stof opwaaien. Tussen 1932 en 1972 onderzocht de United States Public Health Service hoe de geslachtsziekte syfilis zonder behandeling verliep bij 600 zwarte mannen uit arme bevolkingslagen. 399 van hen leden aan syfilis, de andere 201 niet. Voor hun deelname aan het onderzoek ontvingen zij een compensatie in de vorm van gratis maaltijden, medische begeleiding en een uitvaartverzekering. Deze konden zij goed gebruiken want ook nadat penicilline, een effectief geneesmiddel tegen syfilis, vlak na de Tweede Wereldoorlog algemeen beschikbaar was geworden, werd geen behandeling ingesteld. Lopende dit onderzoek stierven syfilislijders een afschuwelijke dood, terwijl zij zonder problemen gered hadden kunnen worden. Aan de proefpersonen werd amper informatie verstrekt over de ware toedracht van het onderzoek. Zij waren niet op de hoogte van de diagnose.

Door deze en vergelijkbare gebeurtenissen ging men beseffen dat de maatschappij controle moet uitoefenen op experimenteel medisch onderzoek. Bij wet moeten garanties kunnen worden afgedwongen dat de deelname van proefpersonen is gebaseerd op vrijwilligheid. Voor een weloverwogen beslissing is voldoende informatie nodig. Bovendien mag de eventuele proefpersoon niet onder druk staan, bijvoorbeeld door de vrees dat hij minder aandacht van de arts zal krijgen als hij zijn medewerking aan het onderzoek weigert. Door de belofte van strafvermindering of verlichting van het gevangenisregime kan men mensen die in detentie worden gehouden, danig in verleiding brengen om zich als proefpersoon ter beschikking te stellen. Tegenwoordig is voor deelname aan wetenschappelijk onderzoek een informed consent vereist, een toestemming van de proefpersoon verleend op basis van adequate informatie en in volle vrijheid.

2. Een tweede belangrijke factor was de groeiende weerstand in de zestiger jaren tegen vergaande medische beslissingen. Artsen moesten nog leren hoe met medische technieken om te gaan. Zij konden patiënten sinds de Tweede Wereldoorlog met beademing, operatief ingrijpen, bestraling en chemotherapie eindeloos in leven houden. Deze technieken werden praktisch zonder overleg met patiënten toegepast. Ik ben er zelf in 1977 tijdens mijn co-assistententijd getuige van geweest hoe bij een oude dame met doorligwonden aan de enkels en ter hoogte van het staartbeen beide benen werden afgezet zonder overleg met haar, onder protest van de zaalassistente. Zo rees de voor de hand liggende vraag wie uiteindelijk over dit soort vergaande ingrepen had te beslissen: was dat alleen de arts met zijn professionele kennis of had de patiënt ook wat in te brengen? Men ging zich afzetten tegen wat wel gekenschetst is als de Hippocratische geneeskunde, die paternalistisch zou zijn en alleen het principe-van-weldoen zou erkennen: 'Doctor knows best' [22: R.M. Veatch. Which grounds for overriding autonomy are legitimate? Hastings Center Report 1996, 26, 42-43.].
3. De gemiddelde patiënt in een informatiemaatschappij hoort van genoemde schandalen en beseft welke impact de toepassing van medische technieken op zijn leven kan hebben. Het is begrijpelijk dat hij een woordje mee wil spreken. Zo ontstond het concept van de mondige patiënt die de verhouding tussen arts en patiënt drastisch veranderde. Vanaf de jaren '70 wordt daarom algemeen als eis gesteld dat aan de patiënt de nodige informatie wordt verstrekt met betrekking tot de diagnose en prognose van zijn aandoening en de voor- en nadelen van de aanbevolen behandeling.

Hij is dan in staat om met voldoende kennis van zaken een behandelingsplan te accorderen, hetgeen is vereist alvorens de behandeling wordt toegepast. Op deze manier is veiliggesteld dat de patiënt de uiteindelijke beslissing over de toepassing van medische behandeling in handen heeft.

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

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

2.2.5 Het socialiteits- en het subsidiariteitsprincipe

Het *socialiteitsprincipe* legt iedere afzonderlijke menselijke persoon de ethische plicht op zichzelf te verwezenlijken door daadwerkelijk zorg te dragen voor het welzijn van medemensen. Dit principe ligt mede ten grondslag aan het *solidariteitsprincipe*. Solidariteit betekent de erkenning van een sociale wezensnatuur van de mens, van gelijke waardigheid en van de fundamentele rechten van alle mensen. H. Johannes Paulus II omschrijft solidariteit als een deugd, een goede morele karaktereigenschap, '*het vaste en volhardende besluit om zich in te zetten voor het algemeen welzijn van allen en van ieder, omdat wij allen verantwoordelijk zijn voor allen*' [23: H. Johannes Paulus II. Encycliek *Sollicitudo rei socialis* (30 december 1987). *Acta Apostolicae Sedis* 1988, 80, 513-586.]. Het gaat dus om meer dan een vaag gevoel van medelijden bij het zien van het menselijke

leed. Solidariteit is een voorwaarde voor de realisering van de universele bestemming van de goederen van deze wereld. Het laatste betekent dat de rijkdommen en hulpmiddelen in de schepping uiteindelijk niet zijn bestemd voor individuen, maar voor het algemeen Welzijn, waaraan alle mensen deel hebben.

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

‘De christelijke traditie heeft dit recht nooit als een absoluut onaantastbaar recht ondersteund. Zij heeft dit daarentegen altijd verstaan in de bredere samenhang van het algemeen recht van iedereen om de goederen van de gehele schepping te gebruiken: het recht op privé-bezit is ondergeschikt aan dat van het algemeen gebruik, aan de universele bestemming van de goederen’ [24: H. Johannes Paulus II. Litterae Encyclicae Laborem exercens (14-9-1981). Acta Apostolicae Sedis 1981, 73, 577-647.]

Het socialiteitsprincipe wordt niet spontaan onderschreven in de huidige Westerse cultuur, waarin individuele belangen veel hoger genoteerd staan dan sociale belangen. Het is een cultuur gekenmerkt door een radicaal individualisme en daarmee gepaard een *functionele maatschappijopvatting*, waardoor aan de samenleving als morele waarde tekort wordt gedaan. Dit vindt zijn wortels in de theorie van het sociaal contract (Maatschappelijk Verdrag), dat in de zeventiende is ontwikkeld door denkers als Thomas Hobbes (1588-1679, [25: T. Hobbes. Elements of Philosophy (1839). In: Molesworth W, Leviathan JCA, Gaskin, editors. Works, Oxford: Oxford University Press,; 1998, vol. 1.], John Locke (1632-1704) (Locke 1824) en Jean-Jaques Rousseau (1712-1778) (Rousseau, 1772). Een moderne variant treffen we aan bij John Rawls [26: J. Rawls. Theory of Justice. Harvard: Harvard University Press; 1971.]. De grondgedachte is dat de mens van nature vijandig tegenover zijn medemens staat. Om te voorkomen dat onderlinge competitie en strijd tot de ondergang van de mensheid zou voeren, hebben mensen, aldus deze theorie, bij sociaal contract hun individuele vrijheidsrechten (voor een deel) overgedragen aan de samenleving en in handen van de staatsoverheid gelegd. Het ging hier mede om een poging een rechtvaardiging te vinden voor de absolute staat. De essentiële opdracht van de Staat is om door middel van wetten, die zij dwingend aan de burgers kan opleggen, te voorkomen dat de een de belangen van de ander schaadt. De enige functie van de staat is hier de individuen in hun streven naar zelfbehoud tegenover elkaar te beschermen.

Het ideaal van een absolute staat is vervlogen, maar de functionele visie op de Staat en in bredere zin de samenleving is gebleven. Deze tendens is versterkt door de opkomst van het expressionistisch individualisme sinds het begin van de jaren zestig [27: C. Taylor. Die Formen des Religiösen in der Gegenwart. Frankfurt: Suhrkamp; 2002, 71 ev.], waarvoor het pad werd gebaad door de snelle stijging van de welvaart voor alle leden van de samenleving. Het expressionistisch individualisme houdt in dat het individu de neiging heeft zichzelf op het podium te plaatsen en anderen te zien als toeschouwers. Wanneer belangen in samenwerking met anderen, bijvoorbeeld binnen het bedrijfsleven, het onderwijs, de gezondheidszorg en het verzekeringswezen, worden behartigd, gebeurt dat in de regel omdat het zonder samenwerking onmogelijk is, maar het gaat daarbij uiteindelijk om het gezamenlijk verwezenlijken of garanderen van individuele belangen. Alleen een groot aantal individuen kan in gezamenlijkheid een goede gezondheidszorg financieren.

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

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

Dat de mens in essentie een sociaal wezen is, blijkt – theologisch gezien – ook een belangrijk aspect van het feit dat hij naar Gods beeld is geschapen. God is in zichzelf een gemeenschap van drie Personen: Vader, Zoon en Heilige Geest. Dat hij naar Gods beeld geschapen is, kan de mens in zijn eentje nooit volledig waar maken. Hij kan dit alleen voor zover hij leeft in gemeenschap met andere personen. Het meest intens wordt dit waargemaakt in de gemeenschap van het huwelijk en het gezin, maar in bredere zin ook in relatie met anderen en in de samenleving als geheel [28: G. Holzherr. L'uomo nella comunità. In: Feiner J, Lohrer M, editors. *Mysterium Salutis* vol IV, Einsiedeln: Benzinger; 1965, 472-485.] [29: J. Moltmann. *Trinità e regno di Dio. La dottrina su Dio*, Brescia: Queriniana; 1983, 211-214.] [30: Pauselijke Raad *Justitia et Pax*. *Compendium van de Sociale Leer van de Kerk*. Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2004, nr. 34.]. Er is een manifeste analogie tussen de Drie-eenheid enerzijds en het huwelijk en de maatschappij anderzijds. Hans Urs von Balthasar noemt het gezin 'het meest expressieve beeld van God ingekerfd in de schepselen' [31: H. Urs von Balthasar. *Theologik*. Einsiedeln: Benzinger; 1985-1987, Band II, 56.] [32: G. Greshake. *Der dreieine Gott. Eine trinitarische Theologie*. Freiburg/Basel/Wien: Herder; 1997, 259-266.] [33: A. Scola. *L'imago Dei e la sessualità umana. A proposito di una tesi originale della Mulieres Dignitatem*. *Anthropotes* 1992, 1, 65-71.] [34: H. Johannes Paulus II. *Mulieris Dignitatem*. Apostolische brief over de waardigheid en de roeping van de vrouw bij gelegenheid van het Maria jaar (15 aug 1988). 1988, 80, nr. 7.]. Onder verwijzing naar het Hogepriesterlijk Gebed (Joh. 17, 21-22) signaleert het Tweede Vaticaans Concilie een 'zekere gelijkheid tussen de eenheid van de goddelijke personen en de eenheid van de kinderen Gods in waarheid en liefde' [35: Sacrosanctum Oecumenicum Concilium Vaticanum II. *Gaudium en spes, constitutio pastoralis de ecclesia in mundo huius temporis* (7-12-1965), nr 24. *Acta Apostolicae Sedis* 1966, 58, 1025-1120.] [36: Sacrosanctum Oecumenicum Concilium Vaticanum II. *Gaudium en spes, constitutio pastoralis de ecclesia in mundo huius temporis* (7-12-1965), nr 12. *Acta Apostolicae Sedis* 1966, 58, 1025-1120.].

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

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

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

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

Het subsidiariteitsbeginsel is in de katholieke sociale geïntroduceerd door Pius XI in zijn encycliek *Quadragesimo Anno* uit 1931 (nrs. 79-80) [37: Pius XI. Encycliek *Quadragesimo anno* (15 mei 1931). *Acta Apostolicae Sedis* 1931, 23, 174-284.]. Het oogmerk van dit principe is een middenweg te wijzen tussen twee uitersten. Aan de ene kant betreft dat het ongebreideld liberaal/kapitalistisch systeem, het ongelimiteerde vrije marktdenken, waarbij de overheid zich in het geheel niet mengt in economische aangelegenheden en individuen die geen kans zien om in hun levensonderhoud te voorzien, aan hun lot overlaat. Aan de andere kant staat het socialistisch/communistisch systeem, dat op economisch gebied alles in handen houdt en aan individuen geen enkel initiatief toestaat. Het subsidiariteitsbeginsel heeft een belangrijke plaats in vrijwel alle sociale encyclieken, ook in de laatste van paus Benedictus XVI, *Caritas in Veritate* [38: Benedictus XVI. Encycliek *Caritas in Veritate* (29 juni 2009). Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2009, nrs. 47, 57, 58, 60 en 67.], waar het vooral wordt toegepast op de economische verhoudingen tussen rijke en arme volkeren.

Op diverse manieren kan het subsidiariteitsprincipe in de gezondheidszorg onder druk komen te staan. In een

verzorgingsstaat, die ook in Nederland bestond tot in de jaren negentig van de vorige eeuw, doet zich het risico voor dat de Staat alle taken op het gebied van de zorg naar zich toetrekt en weinig verantwoordelijkheid en initiatief overlaat aan zieken, familieleden, artsen, verpleegkundigen en instellingen voor gezondheidszorg. Dit impliceert het risico van een verlies aan waardevolle inzet van individuen, groepen en instellingen, een overdreven groei van het overheidsapparaat en toename van bureaucratie, zoals gesignaleerd in de encyciek *Centesimus Annus* uit 1991 [39: H. Johannes Paulus II. *Litterae Encyclicae Centesimus Annus* (1-5-1991), nr 48. *Acta Apostolicae Sedis* 1991, 83, 793-867.].

In de huidige situatie, waarin het ideaal van de zorgstaat is verlaten en ook de gezondheidszorg in het krachtenveld van het vrije marktdenken is terechtgekomen, staat de toepassing van het subsidiariteitsprincipe eveneens onder druk, maar dan op een heel andere manier. De overheid stelt zich in de wereld van de gezondheidszorg steeds terughoudender op. Instellingen voor gezondheidszorg moeten met elkaar concurreren in de verwachting dat daarmee de zorg die wordt aangeboden, tegen lagere kosten kan worden uitgevoerd en van een hogere kwaliteit zal zijn. Het is de vraag of die verwachting uit zal komen. Gestreefd wordt naar een zo hoog mogelijke productie tegen zo laag mogelijke kosten. Een instrument daarvoor is de Diagnose-Behandel-Combinatie (DBC), waarmee organisaties, zoals ziekenhuizen, een vergoeding voor een bepaalde behandeling mag declareren voor het totaal van diagnostiek en behandeling in een bepaalde periode. De bedoeling is ziekenhuizen met de prijs van "hun DBC voor een bepaalde behandeling" gaan concurreren met andere ziekenhuizen.

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

De katholieke sociale leer wijst het marktdenken als zodanig niet volledig af, maar wel – wat Johannes Paulus II noemde – de 'verafgoding van de markt' [40: H. Johannes Paulus II. *Litterae Encyclicae Centesimus Annus* (1-5-1991), nr 40. *Acta Apostolicae Sedis* 1991, 83, 793-867.]. Een gematigde vorm van vrije markt hoeft de gezondheidszorg niet per se te ontwrichten, maar het is de vraag of daarmee een goede en voor iedereen toegankelijke zorg het beste is gediend. In ieder geval blijft een directe bemoeienis van de publieke overheid, met inachtneming van het subsidiariteitsprincipe, onontbeerlijk. Met name zal zij erop moeten toezien dat allen in de samenleving, ook zij die lijden aan een ziekte waarvan de behandeling minder lucratief is, voldoende zorg ontvangen. Hierbij zal het een grote uitdaging zijn om te bepalen welke vormen van medische behandeling in het basispakket thuishoren, waar iedereen recht op heeft. De oorzaak van deze uitdaging is gelegen in het feit dat steeds nieuwe en dure therapieën en medische technieken op de markt komen. Als deze allemaal een plaats krijgen in het basispakket, dan zal het budget voor de gezondheidszorg astronomisch stijgen [41: S. Zamagni. *Fairness, rationing and the right to health care*. In: Sgreccia E, Carrasco de Paula I, editors. *Quality of*

life and the ethics of health care, (Proceedings of the eleventh assembly of the Pontifical Academy for Life), Vaticaanstad: Libreria Editrice Vaticana; 2006, 76-108.].

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

2.2.6 Principes voor het oplossen van conflictsituaties

Er kunnen zich situaties voordoen waarin verschillende waarden tegenover elkaar komen te staan en tegen elkaar lijken te moeten worden afgewogen. Uiteindelijk is men of acht men zich geconfronteerd met een keuze tussen twee kwaden. Bij langdurige kunstmatige beademing kan men zich na enige tijd afvragen of de kans dat de spontane ademhaling zich herstelt, nog wel opweegt tegen de risico's, de mogelijke complicaties, de te verwachten kwaliteit van leven na eventueel herstel en ook de hoge kosten en de langdurige inzet van personeel. Het staken van de kunstmatige beademing kan echter de dood van de patiënt betekenen. Een openhartoperatie bij een patiënt in een bedenkelijke conditie kan zijn enige kans op levensbehoud zijn, maar ook door ongewenste neveneffecten en complicaties zijn dood betekenen.

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

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

2.2.6.1 Het principe van de keuze voor het mindere kwaad

Eenmaal geconfronteerd met een keuze tussen twee kwaden lijkt het voor de hand te liggen een keuze te maken voor het mindere kwaad [42: A. Günthör. *Chiamata e risposta*. 5e ed, Milano: Cinisello Balsamo; 1987, vol I, 432-440.]. Alvorens voorbarige conclusies te trekken is het echter noodzakelijk een drietal distincties te maken.

Op de eerste plaats maakt het een essentieel verschil of men een kwaad *zelf teweegbrengt* of dat men het slechts toelaat. Het laatste kan onder omstandigheden zijn te rechtvaardigen, het eerste niet. De Kerkvader Augustinus is van mening dat de overheid prostitutie niet met wortel en tak hoeft uit te roeien, maar binnen zekere grenzen mag toelaten, om te voorkomen dat mannen die zich niet zouden kunnen beheersen, zich anders aan vrouwen zullen vergrijpen [43: Augustinus. *De Ordine*. Corpus Christianorum Series Latina (CCSL) 2914, Brepols CETEDOC Library of Christian Latin Texts (CLCLT); 1953, 2, 12.].

Op de tweede plaats moet duidelijk zijn of het om een *fysiek/ontisch* kwaad gaat of een *moreel* kwaad. Met fysiek/ontisch kwaad is hier niet alleen materieel kwaad bedoeld, maar een kwaad dat buiten de morele

verantwoordelijkheid van de handelende persoon tot stand komt: het kan variëren van mutilatie, dood, verlies van baan, verslechterde betrekkingen met medemensen tot het verlies van de vrijheid. Zoals eerder uiteengezet (Hoofdstuk I,1,2,1) mag men geen moreel kwaad verrichten om een fysiek kwaad te voorkomen, ook al ziet men het eerste als het mindere kwaad. Het morele kwaad is belangrijker dan het fysieke kwaad, omdat het onze relatie met God betreft.

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

Bij een keuze twee *fysieke of ontische* kwaden is het evident dat in de regel voor het mindere kwaad zal worden gekozen. Dat hoeft echter niet per se. Een patiënt die lijdt aan een pijnlijke aandoening, kan ervoor kiezen af te zien van intensieve pijnbestrijding met het doel het bewustzijn helder te houden om te kunnen communiceren met de omgeving en om vanuit christelijk perspectief een godsdienstige betekenis te kunnen geven aan het lijden. Hij geeft dan de voorkeur aan het grotere kwaad, namelijk de hevige pijn, boven een verminderd bewustzijn. Dit kan een goed te verantwoorden keuze zijn, tenzij pijn iemand tot wanhoop drijft. In dat geval zal moeten worden gekozen voor adequate pijnbestrijding.

Bij de keuze tussen een fysiek/ontisch kwaad en een moreel kwaad zal men het eerste kiezen. De martelaren zagen zich voor de keuze gesteld ofwel Christus te verloochenen, ofwel de marteldood te ondergaan. Zij kozen voor de marteldood als het mindere kwaad. Hun marteldood was geen suïcide. De schuld voor hun sterven lag bij diegenen die hun de marteldood aandeden [44: T. Aquinas. Summa Theologica I. 1265, 38, 36.]. Ze verkozen het toelaten van hun dood – vanuit hun perspectief een fysiek/ontisch kwaad, omdat ze er niet debet aan waren – boven een moreel slechte keuze, namelijk het verloochenen van Christus.

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

Een enkele keer komen situaties voor waarin iemand het idee heeft dat hij voor de keuze staat tussen twee moreel kwade handelingen en noodgedwongen moet kiezen voor een van beide. Welke keuze hij ook maakt, hij verricht in zijn ogen een moreel verwerpelijke handeling. Er is dan sprake van een *perplex geweten*, een bijzondere vorm van het dwalend geweten [45: K.H. Peschke. Christian ethics. Moral theology in the light of Vatican II (herziene uitgave). Alcester: C. Goodliffe Neale; 1997, 185-186.]. De persoon in kwestie ziet geen enkele uitweg om aan het dilemma te ontkomen. Hem ontbreken de tijd en de mogelijkheden om zich meer

zekerheid te verschaffen. Zo kan een arts bij een patiënt met een acute hartstilstand zich voor een lelijk dilemma geplaatst zien: als hij niet ingrijpt, zal de patiënt naar alle waarschijnlijkheid overlijden; als hij hem probeert te reanimeren, bestaat het risico dat na het herstel van de spontane ademhaling en de hartslag de patiënt in een persisterend vegetatieve staat terechtkomt, ernstige neurologische restverschijnselen overhoudt.

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

Een ander voorbeeld betreft een situatie die bij gevangenen in Duitse concentratiekampen gedurende de tweede wereldoorlog wel voorkwam: zij kregen het bevel zelf enkelen uit hun midden aan te wijzen als proefpersonen voor dodelijke medische experimenten. Weigerden zij dat, dan zouden de kampbewakers de slachtoffers aanwijzen. In het laatste geval was het aantal echter groter, dan wanneer de gevangenen zelf de keuze zouden hebben gemaakt. Men kan zich voorstellen dat uitgeputte en uitgehongerde gevangenen in zo'n stressvolle situatie, zich medeverantwoordelijk achtten voor het grotere aantal slachtoffers, als zij weigerden om die zelf aan te wijzen. Een nuchtere analyse van de geschetste casus leert dat de gevangenen door zelf de slachtoffers aan te wijzen zichzelf medeplichtig maakten aan de selectie van proefpersonen voor laakbare medische experimenten. Zij hadden zich van een keuze moeten onthouden. Omdat ze in hun conditie en in de gegeven omstandigheden niet tot deze analyse in staat waren, zou het tot op zekere hoogte zijn te begrijpen, als ze besloten hadden zelf de proefpersonen te selecteren met als doel hun aantal te beperken. Zij zouden dan hebben gekozen voor wat in hun ogen het mindere morele kwaad was. De klassieke katholieke moraaltheologie gaat er vanuit dat mensen met een perplex geweten, die de naar hun overtuiging minder kwade handeling verrichten, formeel geen kwaad begaan en hen daarom subjectief geen schuld kan worden verweten. Die keuze voor het mindere kwaad wordt dan gezien als een uiting van hun goede wil. *Materieel* is echter wel degelijk sprake van een moreel verkeerde handeling.

2.2.6.2 Het principe van de handeling met dubbel effect

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

Het risico van neveneffecten valt te rechtvaardigen op basis van het principe van de handeling met dubbel effect [46: A. Günthör. *Chiamata e risposta*. 5e ed, Milano: Cinisello Balsamo; 1987, vol I, 556-560.] [47: K.H. Peschke. *Christian ethics. Moral theology in the light of Vatican II* (herziene uitgave). Alcester: C. Goodliffe Neale; 1997, 267-269.]. Dit is een handeling met enerzijds een *beoogd positief effect* – de genezing van een aandoening – en anderzijds een *negatief neveneffect* – de bijwerking van de medische behandeling. Het beoogde effect is ofwel het *doel* (de genezing), ofwel het *middel* (de therapie). In de klassieke katholieke moraaltheologie heet het beoogde effect het *directe effect*; in meer algemeen taalgebruik spreekt men van het

hoofdeffect. Het neveneffect, dat op zich ongewenst is, neemt men op de koop toe om het hoofdeffect te kunnen realiseren. In de klassieke katholieke moraaltheologie wordt het neveneffect aangeduid als het *indirecte* effect.

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

1. De handeling op zich moet goed zijn of indifferent, maar mag geen intrinsiek kwaad zijn: aan deze voorwaarde, die uiteraard voor alle handelingen geldt, voldoet chemotherapie. Zou de handeling daarentegen de instrumentalisering van het menselijk lichaam inhouden of zou het gaan om levensbeëindigend handelen, dan zou zij intrinsiek verkeerd en daarom op zich ongeoorloofd zijn.
2. Het goede effect mag niet worden gerealiseerd door de negatieve bijwerking: om deze voorwaarde kan men uiteraard niet heen; als het negatieve effect de oorzaak zou zijn van het beoogde positieve effect, dan zou het geen neveneffect, maar een hoofdeffect zijn en zou het principe van de handeling met dubbel effect geen toepassing kunnen vinden; de genezing van de kwaadaardige tumor is bij chemotherapie niet het gevolg van de neveneffecten; ook aan deze voorwaarde is daarom voldaan.
3. De intentie moet goed zijn, dat wil zeggen het negatieve mag slechts als neveneffect worden toegelaten: deze voorwaarde hangt rechtstreeks samen met de voorafgaande. De negatieve effecten kunnen hooguit als neveneffect, maar niet als hoofdeffect worden gerechtvaardigd.
4. Er moet een naar verhouding voldoende ernstige reden zijn om het toelaten van het negatieve neveneffect te rechtvaardigen.

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

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

Gesuggereerd is wel dat het principe van de handeling met dubbel effect zou dienen om recht te praten wat krom is. Zo vraagt Kuitert zich af of het onderscheid tussen directe en indirecte euthanasie, dat wil

zeggen tussen euthanasie als hoofdeffect en als neveneffect niet op een 'drogrede' berust: zou men daarom als men indirecte euthanasie aanvaardt, ook niet directe euthanasie moeten aanvaarden? [48: H.M. Kuitert. Een gewenste dood. Euthanasie en zelfbeschikking als moreel en godsdienstig probleem. Baarn: Ten Have; 1981, 52-57.]. Indirecte euthanasie betreft de situatie, waarin een zieke die lijdt aan ernstige pijn, zware analgetica krijgt toegediend, waardoor het levenseinde wordt bespoedigd. Dit is volgens het principe van de handeling met dubbel effect aanvaardbaar als neveneffect, mits er geen alternatief is om de pijn tot draagbare proporties terug te brengen. Paus Pius XII heeft voor de toepassing van het principe van de handeling met dubbel effect op de indirecte euthanasie duidelijke uitspraken gedaan [49: Pius XII. Vous n'avez pas voulu. Toespraak tot de deelnemers aan het internationaal congres voor neuro-psycho-farmacologie (9 september 1958). Acta Apostolicae Sedis 1958, 50, 687-696.]. Kuitert vergist zich in de nadere uitleg die hij aan het principe van de handeling met dubbel effect geeft. Volgens hem heeft de toepassing van het principe tot doel aan te tonen dat het neveneffect (de bespoediging van het levenseinde) weliswaar voorzien, maar niet gewild is. Dit is echter onjuist. Het principe van de handeling met dubbel effect veronderstelt dat men het neveneffect *willens en wetens* accepteert. Het verschil ligt besloten in de *wijze* waarop men het hoofdeffect en het neveneffect wil aanvaarden: het neveneffect is niet *op zich*, dat wil zeggen als doel of middel, maar slechts *als bijwerking* gewild. Men neemt het risico van levensverkorting *willens en wetens* op de koop toe om de pijn tot redelijke proporties terug te brengen. Het is geoorloofd om de bespoediging van het leven als neveneffect van medische behandeling te aanvaarden, omdat de levensbeëindiging dan niet het middel is om de pijn te bestrijden en het leven niet wordt geïnstrumentaliseerd. De voorwaarde is uiteraard dat de dosering van de analgetica is afgestemd op wat nodig is voor de pijnbestrijding en daar niet bovenuit gaat; anders is de levensbeëindiging het middel en dus het hoofdeffect.

2.2.6.3 Het principe van de medewerking aan het kwaad

Medewerkers in de gezondheidszorg kunnen tegen lastige gewetensvragen aanlopen, wanneer hun medewerking is vereist aan handelingen die volgens hun overtuiging moreel ongeoorloofd zijn. Dit ondervonden in het verleden artsen die tijdens de nationaal-socialistische overheersing onder druk werden gezet mee te werken aan de uitvoering van rassenwetten. In onze tijd kunnen katholieke medewerkers als gevolg van de brede maatschappelijke acceptatie van abortus provocatus en euthanasie in een precaire positie komen te verkeren, als zij hieraan om principiële reden niet willen meewerken. Een jonge arts die gynaecoloog wil worden, maar abortus provocatus afwijst kan moeite ondervinden bij het zoeken naar een opleidingsplaats. Verpleegkundigen kunnen hun baan verliezen als zij om principiële reden weigeren mee te werken aan abortus provocatus.

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

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

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

Om de mate van betrokkenheid bij de uitvoering van ongeoorloofde handelingen te kunnen analyseren en wegen, is het principe van de medewerking aan het kwaad ontwikkeld. De klassieke formulering ervan danken we aan de grote moraaltheoloog en stichter van de congregatie van de Redemptoristen Alphonsus de' Liguori (1696-1787). Deze formulering treft men aan vanaf de tweede editie van zijn standaardwerk *Theologia Moralis* (tomus I, liber III, tractatus III, caput I, dubium V, articulus III; [50: Alfonso de'Liguori. *Theologia Moralis*. Tomus I. In: le Noir D, editor., Paris: Ludovicus Vivès; 1884.] vgl. [51: A. Günthör. *Chiamata e risposta*. 5e ed, Milano: Cinisello Balsamo; 1987, vol III, 328-336.] [52: T.J. O'Donnell. *Medicine and christian morality*. 2e, herziene ed. ed, New York Alba House; 1998, 33-35.] [53: K.H. Peschke. *Christian ethics. Moral theology in the light of Vatican II* (herziene uitgave). Alcester: C. Goodliffe Neale; 1997, 320-324.]. Voor een historische studie over het principe van de medewerking aan het kwaad zie men het artikel van Roy [54: R. Roy. *La coopération selon Saint Alphonse de Liguori*. *Studia Moralia* 1968, 6, 377-435.].

Feitelijk is het principe van de medewerking aan het kwaad een bijzondere toepassing van het principe van de handeling met dubbel effect in een geval van indirecte materiële medewerking. Het doel dat de medewerker aan bijvoorbeeld abortus provocatus voor ogen staat, is bij indirecte materiële medewerking niet de dood van de foetus, maar het voorzien in zijn levensonderhoud of de vervulling van een roeping. Binnen het kader hiervan verricht hij handelingen die bij een indirecte vorm van medewerking geen operationele eenheid vormen met de abortus als zodanig, zoals patiënten verzorgen op zaal die een abortus ondergaan of rekeningen schrijven op de administratie voor een verrichte abortus provocatus. De dood van de foetus is voor hem geen middel om in zijn levensonderhoud te voorzien of zijn levensroeping te vervullen. In dit geval is de dood van de foetus geen hoofdeffect (middel of doel) van zijn handeling, maar een neveneffect, waardoor het principe van de handeling met dubbel effect van toepassing kan zijn [55: W.J. Eijk. *Medewerking aan het kwaad*. In: Eijk WJ, Lelkens JPM, editors. *Medewerking verantwoord?*, Oegstgeest: Colomba; 1996, 9-19.].

De formulering van het principe van de medewerking aan het kwaad en de daaruit voortvloeiende distincties tussen de diverse soorten ervan lopen in de diverse handboeken niet geheel parallel; wij volgen hier A. Tanquerey [56: A. Tanquerey. *Synopsis theologiae moralis et pastoralis*, T II. 10e ed, Parijs/Doornik/Rome Desclée; 1943, 228-230.]. Het principe is gebaseerd op een tweetal distincties: het onderscheid tussen formele en materiële medewerking en dat tussen directe en indirecte medewerking.

1. Van *formele* medewerking is sprake als men instemt met wat de hoofdpersoon doet. Verpleegkundigen die meewerken aan een abortus provocatus, kunnen het ermee eens zijn dat die wordt verricht. Dan is hun medewerking formeel en maken zij zich de intentie van de hoofdpersoon eigen. Omdat een kwade intentie welke handeling dan ook moreel ongeoorloofd maakt, is formele medewerking aan een kwade handeling nooit te rechtvaardigen. In genoemd voorbeeld hebben de medewerkers uitdrukkelijk dezelfde intentie als de hoofdpersoon. Hun medewerking is *expliciet* formeel. Het kan voorkomen dat de medewerker uit zichzelf niet zou doen wat de hoofdpersoon doet, maar wel een activiteit verricht die geen ander doel kan dienen dan



dat van de hoofdpersoon. De boekhandelaar zelf is misschien niet geïnteresseerd in pornografische tijdschriften, maar als hij ze verkoopt kan dat maar één doel dienen. Daarom deelt hij in de intentie van de klant. Deze vorm van medewerking heet *impliciet* formeel

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

In een kleiner perifeer ziekenhuis is het denkbaar dat iemands medewerking noodzakelijk is, dat wil zeggen dat zonder zijn medewerking de hoofdpersoon de moreel ongeoorloofde handeling niet kan verrichten. Als een ziekenhuis slechts één anesthesist heeft, dan kan hij door te weigeren narcose te geven de gynaecoloog

verhinderen om een abortus te doen. De medewerking van de anesthesist is dan noodzakelijk. Omdat hij in dit geval door geen narcose te geven de abortus kan voorkomen, is moeilijk in te zien om welke reden hij dat dan toch zou doen. In een groot algemeen ziekenhuis ligt dat anders. O'Donnell, die overigens zeer strikt is, acht het niet uitgesloten dat een anesthesist in opleiding in een groot algemeen ziekenhuis, voor het geven van narcose bij een abortus provocatus een naar verhouding voldoende ernstige reden zou kunnen hebben, wanneer hij bij weigering ervan het risico zou lopen zijn opleidingsplaats te verliezen. De reden is dat er in een groot ziekenhuis altijd meerdere anesthesisten werkzaam zijn en daarom de medewerking van de anesthesist in opleiding niet noodzakelijk is. Een ander zou immers zonder problemen zijn taak kunnen overnemen [57: T.J. O'Donnell. *Medicine and christian morality*. 2e, herziene ed. ed, New York Alba House; 1998, 33-35.]. Hij kan dan de abortus niet tegenhouden door zijn medewerking te weigeren.

Wie tegen abortus provocatus is, maar er toch zij het ook indirecte materiële medewerking aan verleent, moet zich afvragen of hij daardoor geen ergernis verwekt (in het Latijn scandalum) [58: L.J.M. Hendriks. Als getuigenis verandert in het tegendeel. *Communio* 2012, 119-129.]. Met ergernis wordt in dit verband bedoeld dat men door een daad die op zich niet laakbaar hoeft te zijn, het normbesef van anderen ondermijnt of verzwakt, waardoor zij eventueel tot moreel ongeoorloofd handelen zouden kunnen worden verleid. Wanneer een katholiek aan abortus provocatus – zij het ook indirecte materiële – medewerking zou verlenen, dan zouden omstanders de indruk kunnen krijgen dat abortus op bepaalde indicaties en onder bepaalde omstandigheden toch acceptabel is. De plicht om ergernis te vermijden weegt zwaarder voor Rooms-katholieke instituten dan voor individuen. De eerste hebben door predicaat als rooms-katholiek instituut op levensbeschouwelijk gebied een veel uitdrukkelijker uitstraling.

Dit schept bij tijd en wijlen een bijzonder moeilijke situatie voor raden van toezicht en besturen van ziekenhuizen die bijvoorbeeld abortus provocatus en euthanasie afwijzen, maar geconfronteerd worden met artsen die deze handelingen binnen hun instellingen verrichten. Artsen zijn als regel in dit opzicht tamelijk onafhankelijk, zeker als zij niet in dienstverband werken. Als de wet genoemde handelingen toestaat, dan staan raden van toezicht en besturen vaak machteloos. Hooguit kunnen zij dan door het opstellen van protocollen en beleidslijnen met betrekking tot abortus provocatus en euthanasie proberen te verhinderen, maar dat lukt altijd met betrekking tot de feitelijke verrichting ervan door individuele artsen [59: T.J. O'Donnell. *Medicine and christian morality*. 2e, herziene ed. ed, New York Alba House; 1998, 42-43.].

Religieuzen die in de gezondheidszorg werkzaam staan in dit opzicht voor soms heel pijnlijke keuzes. In Nederland, waar dit probleem zich enkele tientallen jaren geleden voordeed, hebben religieuzen zich geheel uit de gezondheidszorg teruggetrokken; in sommige Europese landen is dit echter nog een actueel vraagstuk. Dit geldt ook wanneer zij niet als operatieverpleegkundigen bij abortus betrokken zijn en er alleen indirecte materiële medewerking aan verlenen. Zich terugtrekken uit het ziekenhuis betekent dat zij niet meer in de gelegenheid zijn patiënten op godsdienstig gebied bij te staan, hetgeen zeker een verlies is. Anderzijds rust op de schouders van religieuzen een nog zwaardere plicht om te getuigen van het christelijke geloof dan op die van christenen in het algemeen. Günthör is daarom van mening dat zij – zeker als zij de kliniek in beheer hebben en ook zeggenschap hebben bij de benoeming van artsen – geen indirecte materiële medewerking aan abortus provocatus moeten verlenen vanwege het grote risico van ergernis en zich uit het ziekenhuis moeten terugtrekken [60: A. Günthör. *Chiamata e risposta*. 5e ed, Milano: Cinisello Balsamo; 1987, vol III, nr. 333, 381.].