

9.945 '97

VERANTWOORD
MEDISCH HANDELEN

VERANTWOORDING

onder redactie van

dr. B. Kee, prof.dr. G. Nienhuis,
dr. A.Th. Brüggemann-Kruijff, dr. J.P. Verhoogt,
drs. A. Zijlstra

Nr. 13:

Verantwoord medisch handelen

VERANTWOORD
MEDISCH HANDELEN

Proeve van een christelijke medische ethiek

door
H. Jochemsen
G. Glas



Amsterdam - 1997
Buijten & Schipperheijn

In de reeks Verantwoording zijn de volgende delen verschenen:

1. Dr J. Klapwijk (red.): *De eerste en tweede geschiedenis* - Nagelaten geschriften van Meijer C. Smit
2. Dr H. Vander Goot: *Onbevangen verstaan* - Over de werkelijkheid van de theologie
3. Dr A.M. Wolters: *Schepping zonder grens* - Bouwstenen voor een bijbelse wereldbeschouwing
4. Dr M.D. Stafleu: *De verborgen structuur* - Wijsgerige beschouwingen over natuurlijke structuren en hun samenhang
5. Dr A.P. Bos: *In de greep van de Titanen* - Inleiding tot een hoofdstroming van de Griekse filosofie
6. Dr H.G. Geertsema: *Het menselijk karakter van ons kennen*
7. Dr R. van Woudenberg: *Gelovend denken* - Inleiding tot een christelijke filosofie
8. Drs A. Tol en dr K.A. Bril: *Vollenhoven als wijsgeer* - Inleidingen en teksten
9. Dr N.P. Wolterstorff, *De rede binnen de grenzen van de religie* - Geloof, wetenschap en praktijk
10. Dr G. Nienhuis, *Het gezicht van de wereld* - Wetenschap en wereldbeeld
11. Dr R. van Woudenberg (red.): *Kennis en werkelijkheid* - Tweede inleiding tot een christelijke filosofie
12. Dr M.J. Verkerk: *Sekse als antwoord*
13. Dr H. Jochemsen/Dr G. Glas, *Verantwoord medisch handelen* - proeve van een christelijke medische ethiek

Omslagillustratie: Jacopo Bassano, De barmhartige Samaritaan
Omslagontwerp: Erik Houwer

ISBN 90-6064-933-8 (Lindeboomreeks)
ISBN 90-6064-932-X (Reeks Verantwoording)

© 1997 Buijten & Schipperheijn, Amsterdam

Inhoud

Over de auteurs	8
Woord vooraf	9
Hoofdstuk I Onbehagen in de geneeskunde en medische ethiek	13
1 Gezondheidszorg als spiegel van de cultuur	13
2 Geneeskunde op het snijvlak van cultuur en natuur	14
3 "Dokter, hoe komt het toch dat...?"	17
4 Geneeskunde en de vraag naar de zin	18
5 De ambivalentie van het onbehagen over de geneeskunde	19
6 Enkele historische achtergronden van de moderne geneeskunde	19
7 Opkomst van het modern-wetenschappelijke denken en de moderne geneeskunde	21
8 Moderne opvattingen van geneeskunde en van gezondheid	23
9 De waardering van wetenschap en techniek	25
10 Beheersingsbehoefte	26
11 Doodsverdringing	27
12 Ambivalentie over de medische ethiek	29
13 Ambivalentie en het ontwijken van de zin-vraag	31
Excurs: De dood bij Foucault	32
Noten	36
Hoofdstuk II De nood verlicht. Christelijke visie op menszijn en geneeskunst in een geschonden wereld	40
1 Inleiding	40
2 Geschapen naar Gods beeld	41
3 Ziekte, lijden en dood als vormen van kwaad	42
3.1 <i>De vraag naar de zin</i>	42
3.2 <i>Duidingen van de dood</i>	46
4 Heling en heil	49
5 Geneeskunst in christelijk licht	52
5.1 <i>Historische en bijbels-theologische overwegingen</i>	52
5.2 <i>Systematisch-theologische overwegingen</i>	54
6 Besluit	56
Excurs: Enkele opvattingen over het kwaad	57
Noten	60

Hoofdstuk III De normatieve structuur van de medische praktijk	64
1 Inleiding	64
2 Normatieve praktijken	65
2.1 <i>Handelen als betekenisvol ofwel regelgeleid gedrag</i>	65
2.2 <i>Sociale praktijken</i>	67
2.3 <i>De regulatieve zijde van sociale praktijken</i>	70
2.4 <i>Samenvatting uiteenzetting praktijkbegrip</i>	72
3 Structuuranalyse van de medische praktijk	73
3.1 <i>De constitutieve zijde</i>	73
3.2 <i>Het kwalificerende aspect</i>	76
3.3 <i>Het normatief principe</i>	77
3.4 <i>Het funderende aspect</i>	79
3.5 <i>De conditionerende regels</i>	82
3.6 <i>Simultane realisering</i>	86
4 Regulatieve zijde van de medische praktijk	88
5 Verantwoording van het medisch handelen	90
5.1 <i>Verantwoording afleggen</i>	90
5.2 <i>Verantwoordelijkheid en praktijk</i>	92
Noten	94

Hoofdstuk IV Normativiteit en de rol van wetenschappelijke kennis in de arts-patiëntrelatie	100
1 Inleiding	100
2 Vier niveaus van medisch kennen	102
3 Het klinische niveau: typische varianten en prototypen in een handelingscontext	108
4 Het klinische niveau als handelingsniveau	113
5 Verantwoordelijkheid en vertrouwen	119
Noten	121

Hoofdstuk V Stromingen in de ethiek	128
1 Inleiding	128
2 Emotivisme, proceduralisme en moreel pluralisme	129
3 Deugdenethiek	134
4 Deontologische ethiek	139
5 Utilisme	144
6 Verantwoordelijkheidsethiek	149
7 Tussentijdse balans	153
8 Twee voorbeelden van christelijk ethisch denken	157
9 Balans	162
Noten	167

Hoofdstuk VI Christelijke medische ethiek als verantwoordelijk- heidsethiek	174
1 Inleiding	174
2 Antwoord als opgave	175
3 Handelen en verantwoordelijkheid	178
4 De positie van de ethicus	183
5 Drie ethische perspectieven uitgewerkt op het klinisch niveau	187
5.1 <i>Het act-perspectief</i>	187
5.2 <i>Het actor-perspectief</i>	194
5.3 <i>Het situatie-perspectief</i>	201
6 Drieërlei verantwoording	211
6.1 <i>Drie perspectieven, één ethiek</i>	211
6.2 <i>Doen of laten</i>	212
6.3 <i>Gevolgen als maatstaf?</i>	213
6.4 <i>Publiek en privé</i>	214
7 Christelijke ethiek in een pluralistische samenleving	215
7.1 <i>Drieërlei werking</i>	215
7.2 <i>Onderscheiden situaties en posities</i>	218
7.3 <i>Participatie en presentie</i>	220
Noten	221
Register	228

Over de auteurs

Henk Jochemsen studeerde aan de Landbouwuniversiteit te Wageningen en is in 1979 te Leiden gepromoveerd. Na een verblijf in Paraguay, waar hij onder meer christelijke ethiek doceerde, raakte hij betrokken bij het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, waarvan hij sinds 1987 directeur is.

Gerrit Glas is psychiater en medisch afdelingshoofd in het Academisch Ziekenhuis Utrecht. Hij promoveerde in 1991 te Utrecht; hij is tevens bijzonder hoogleraar Reformatorische Wijsbegeerte aan de Universiteit Leiden.

Jan Hoogland is in 1992 aan de Erasmus Universiteit in de wijsbegeerte gepromoveerd. Hij is als onderzoeker verbonden aan de Faculteit der Wijsbegeerte van de Vrije Universiteit te Amsterdam. Sinds 1997 is hij bijzonder hoogleraar Reformatorische Wijsbegeerte aan de Technische Universiteit te Enschede.

Woord vooraf

Voorgeschiedenis

Dit boek heeft een voorgeschiedenis van ruim zes jaar. In 1991 is voor het eerst gesproken over het uitgeven van een publicatie waarin de wijze waarop in het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut medische ethiek wordt beoefend, zou worden verantwoord. Het Lindeboom Instituut, dat toen vier jaar bestond, had zich tot op dat moment voornamelijk beziggehouden met specifieke inhoudelijke ethische vragen die door actuele ontwikkelingen in de gezondheidszorg waren opgeroepen. Ofschoon wel steeds werd gepoogd om vanuit een breder zicht op de achtergronden van die ontwikkelingen een ethisch standpunt te bepalen en te beargumenteren, kwam het nog niet tot een onderbouwde uiteenzetting van onze wijze van ethiek beoefenen. In een aantal besprekingen waaraan in een vroege fase, naast de beide auteurs, ook dr. P. Blokhuis, dr. D.J. Bakker, dr.ir. S. Strijbos en drs. J.L. van der Wolf deelnamen, is gesproken over opzet en inhoud van een dergelijke publicatie. Daarbij kwam men tot de overtuiging dat medische ethiek beoefend dient te worden op een wijze die recht doet aan de aard van de arts-patiëntrelatie en het geneeskundig handelen. Geconstateerd werd dat de medische ethiek tot de jaren zestig vooral artsen-ethiek was. Als reactie op de medische macht gingen anderen zich steeds meer met medische ethiek bezighouden en werd medische ethiek meer en meer een patiënten- en een procedure-ethiek. Maar hiermee blijft het medisch-ethische debat steken in de polariteit van medische macht en mondigheid van patiënten. Een gevolg hiervan is dat praktijkbeoefenaars de ethiek vaak blijken te ervaren als iets dat 'van buitenaf' iets zegt over die praktijkbeoefening, zonder dat die inbreng intrinsiek met die medische praktijk is verbonden. In de genoemde werkgroep kwam de gedachte op dat *medische ethiek uitgeverkt moest worden vanuit een doordenking van de centrale relatie in de medische zorgverlening, de arts-patiëntrelatie*. Dit inzicht betekende echter tegelijkertijd dat de publicatie over medische ethiek meer tijd voor bezinning vergde. Daarbij kwam dat door omstandigheden andere projecten en vraagstukken veel aandacht van het Instituut vroegen.

Na verloop van enige tijd hebben Glas en Jochemsen zich gezet aan het schrijven van het manuscript over medische ethiek, aansluitend bij de bezinning die inmiddels mede in het kader van andere projecten had plaatsgevonden. Het resultaat ligt voor u. In dit boek wordt een benadering van medische ethiek gegeven, die zich kenmerkt door twee uitgangspunten. (a) De medische praktijk heeft zijn eigen normativiteit, verbonden met de arts-patiëntrelatie, waarop medische ethiek zich dient te bezinnen, en waarbij zij moet aansluiten. (b) De beoefening van de ethiek, ook medische ethiek, vindt altijd plaats vanuit een breder perspectief op leven, ziekte, gezondheid en dood en ook op de betekenis en de taak van de geneeskunde in het menselijk bestaan. Tot een verantwoording van de wijze waarop men medische ethiek wil beoefenen, hoort dus een verantwoording van die wereld- en levensbeschouwelijke opvattingen, alsmede van de wijze waarop zij in de ethiek fungeren.

In eerste instantie was het boek bedoeld voor publicatie in de Lindeboomreeks. Toen het manuscript al behoorlijk ver gevorderd was, kwam de uitgever, drs. G. Sneep, met het voorstel er een gecombineerde uitgave van te maken met de reeks Verantwoording, waarin boeken met een reformatorisch-wijsgerige inslag worden gepubliceerd. Het idee viel bij beide redacties in goede aarde. Voor beide reeksen is het de eerste gemeenschappelijke uitgave. Wel hebben beide reeksen het boek in hun eigen omslag uitgegeven. Het binnenwerk is overeenkomstig de stijl van de reeks Verantwoording, die echter slechts weinig afwijkt van die van de Lindeboomreeks.

Wij hopen dat met deze gemeenschappelijke uitgave de bezinning op medisch-ethische vraagstukken in een bredere kring gestimuleerd zal worden.

Opbouw

De opbouw van dit boek is als volgt. In hoofdstuk I wordt een globale schets gegeven van het karakter van de hedendaagse geneeskunde en wordt ingegaan op de vraag hoe het komt dat de medische ethiek zo vaak betrekkelijk machteloos achter de medisch-technische ontwikkelingen lijkt aan te lopen. Hoofdstuk II schetst de contouren van een christelijke visie op het mens-zijn en de taak van de geneeskunde. In dit levensbeschouwelijk getinte hoofdstuk richten we ons vooral op de vraag naar de zin en de betekenis van het lijden. In hoofdstuk III wordt vervolgens een analyse gegeven van het samenhangend geheel van normen die gelden voor de medische praktijk en die niet als het ware van buiten aan de praktijk worden opgelegd, maar de praktijk zelf funderen en karakteriseren. Kernpunt is hier dat deze praktijk

niet in de eerste plaats een technisch, maar een normatief karakter draagt. Voor dit hoofdstuk is teruggegrepen op materiaal van een eerder afgerond project in opdracht van het Ministerie van VWS, waaraan een belangrijke bijdrage was geleverd door dr. J. Hoogland, die van dit hoofdstuk dan ook co-auteur is.

Het doel van hoofdstuk IV is tweeledig. Enerzijds tracht het aan te tonen dat de opvatting die het klinische handelen wil reduceren tot het op deductieve wijze toepassen van wetenschappelijke kennis op het concrete geval (het *ingenieursmodel*) geen recht kan doen aan wezenlijke aspecten van dit handelen. Anderzijds poogt het te laten zien dat normen met een morele strekking ook al spelen op het niveau van de medische diagnostiek en beslisgeving. Hierna wordt in hoofdstuk V ingegaan op de belangrijkste ethische stromingen. Opnieuw worden hier parallellen gesignaleerd in de wijze waarop wordt gedacht over de medisch-wetenschappelijke en de ethische inbreng in het klinisch handelen. Gepleit wordt voor een gedifferentieerde benadering van de medische ethiek, die recht doet aan het eigensoortige karakter van de geneeskunde als normatieve praktijk. Tenslotte worden in hoofdstuk VI de bevindingen uit de voorgaande hoofdstukken in elkaar gepast en uitgewerkt tot een model van ethiek in het klinisch handelen. In het model wordt gepoogd vanuit het verantwoordelijkheidsbegrip een integratie te geven van een deontologisch, een deugdenethisch en teleologisch perspectief. Vandaar ook de titel: *Verantwoord medisch handelen*.

Het boek behelst meer een uitwerking van een eigen benadering van de medische ethiek dan een algemene inleiding in het vakgebied, alhoewel het een dergelijk inleidend karakter niet geheel ontbeert. Kernwoord in de ondertitel is dan ook *proeve* en niet *inleiding*. Het boek bevat niet zozeer een behandeling van ethische vraagstukken, maar tracht de lezer een manier van ethiekbeoefenen aan te reiken. Getracht is dit te doen op een manier die ook voor niet wijsgerig geschoolden bevattelijk is. Het boek is namelijk ook uitdrukkelijk bedoeld voor mensen die al dan niet beroepsmatig betrokken zijn bij de gezondheidszorg en zich afvragen hoe om te gaan met de morele vragen die daarin spelen.

Dankwoord

Wij danken de auteurs voor hun werk dat deze uitgave in onze reeksen mogelijk maakt. Degenen die, behalve leden van onze redacties, waardevol commentaar leverden bij concepthoofdstukken van dit boek zijn wij daarvoor erkentelijk; aparte vermelding verdienen drs. B.S. Cusveller en prof.dr. W.H. Velema. Wij danken Cusveller en

mw. G.F. ter Velde-van der Heide voor hun hulp bij het publiceerbaar maken van het manuscript.

De redactie van de Lindeboomreeks
De redactie van de reeks Verantwoording

Onbehagen in de geneeskunde en medische ethiek

1. Gezondheidszorg als spiegel van de cultuur

Er is vermoedelijk geen periode in de geschiedenis geweest waarin de geneeskunde zo centraal stond in het publieke debat als vandaag de dag. Overal wordt gediscussieerd, in kranten en in actualiteitenrubrieken, op congressen en forumavonden, in de spreekkamer en bij mensen thuis. De medische ethiek, jarenlang slechts beoefend door een handjevol medici en een enkele bevlogen theoloog, heeft zich ontwikkeld tot een zelfstandig en razendsnel groeiend vak. Niet minder geldt dit voor het gezondheidsrecht. Inmiddels is de stroom van artikelen en boeken nauwelijks meer te overzien en verschijnen er ieder jaar weer nieuwe tijdschriften op het gebied van (bio)ethiek en gezondheidsrecht.

Voor deze grote belangstelling zijn allerlei redenen aan te voeren. Allereerst zijn het de onstuimige ontwikkelingen in het medisch kennen en kunnen zelf die tot de verbeelding spreken. Iedere week valt er wel weer wat nieuws te melden: nieuwe geneesmiddelen, nieuwe onderzoeksmethoden, betere behandelresultaten, nieuwe kennis over de oorzaken van ziekten. Al dat nieuws heeft een opwindend, haast zinsbegoochelend effect. Tegelijk met dat effect wordt echter ook de keerzijde steeds zichtbaarder. Is toepassing van medisch-technisch kunnen wel in alle gevallen wenselijk? Zijn de kosten nog wel op te brengen? Hoe moeten de financiële middelen worden verdeeld? Leidt de combinatie van een verouderende bevolking, een toemend aantal chronische zieken en de publieke eis van constante verbetering van de gezondheidszorg niet vroeg of laat tot een economische en sociale crisis zonder weerga? De talrijke staaltjes van modern technisch vernuft doen ons soms versteld staan. Toch klinkt hoe langer hoe luider de vraag naar de ethische en juridische grenzen voor de toepassing van al dit vernuft.¹

De grote belangstelling voor de geneeskunde wordt, in de tweede plaats, niet alleen verklaard door groei aan de aanbodkant, maar ook door veranderde behoeften aan de vraagkant. Gezondheid is één van de belangrijkste waarden in het leven van mensen geworden. Ziekte, handicap, leed en het verwerken daarvan, dat alles raakt mensen rechtstreeks in hun bestaan. Het debat over de gezondheidszorg

behoort dan ook tot de weinige debatten waarbij alle geledingen van de maatschappij zich betrokken voelen. De discussie over de gezondheidszorg heeft de aantrekkelijkheid van het herkenbare, ze biedt mogelijkheden tot identificatie.

Daarmee komen we op een derde punt. Dat de geneeskunde zo tot de verbeelding spreekt, wordt niet alleen verklaard door de vaart van de techniek en de ethische vragen dienaangaande; evenmin uitsluitend door de hoge waarde die onze maatschappij aan gezondheid en kwaliteit van leven hecht. Dat mensen zo geboeid zijn door de vragen van de geneeskunde heeft ook te maken met het feit dat de geneeskunde iets toont van de mens zelf. Wie van wat grotere afstand kijkt, krijgt de indruk met een schouwspel te maken te hebben, een podium waarin ten overstaan van een nu eens ademloos, dan weer luid becommentariërend publiek de lotgevallen van de mens tot uitdrukking worden gebracht, nu eens heroïsch, dan weer tragisch, soms komisch. Het debat over de geneeskunde verschijnt zo, van die afstand, als een spiegel van onze cultuur. Het kan worden gelezen als een verhaal over de wijze waarop mensen in die cultuur leven, door welke verlangens en idealen zij worden geleid en hoe het hen vervolgens vergaat.

2. Geneeskunde op het snijvlak van cultuur en natuur

Als de geneeskunde iets zegt over onze cultuur, dan moet daar direct aan worden toegevoegd dat ze iets zegt over de cultuur zoals die verwickeld is in een gevecht met de natuur. Cultuur en natuur behoren beide tot de geneeskunde. Het handelen van artsen kan niet goed worden begrepen zonder rekening te houden met het feit dat in dit handelen een bepaalde houding ten opzichte van de grilligheden van de natuur wordt ingenomen.

Heel herkenbaar is dat in de geneeskunde die het begin vormt van de geneeskunde zoals wij die kennen: de Hippocratische en Galeense traditie. Het Hippocratische en Galeense denken wordt sterk bepaald door de Griekse natuurfilosofie. Ziekte is in dit denken primair de uitdrukking van een verstoring van de balans tussen elkaar in evenwicht houdende krachten. Die krachten beperken zich niet tot de beslotenheid van het lichaam. Ziekte heeft een kosmische dimensie. De Griekse arts hield niet alleen rekening met de bekende vier *humores* of lichaamsvochten (gele gal, bloed, zwarte gal en slijm). Ook seizoensinvloeden, weersgesteldheid, bodemomstandigheden en de loop van de hemellichamen betrok hij in zijn overwegingen.

Deze betrokkenheid op en afhankelijkheid van de natuur wordt

vandaag gemakkelijk over het hoofd gezien. Onze leefomgeving wordt vooral bepaald door de producten van mensenhanden, denk aan kleding, huisvesting, allerlei apparaten en middelen van vervoer. Tot in detail wordt het bestaan gereguleerd door producten van de techniek en door regels die voortvloeien uit planning en organisatie. Alleen door hun lijfelijkheid lijken mensen nog met de natuur verbonden. De lichamelijkheid is het restje natuur dat (nog) niet onder het beslag van de regulering lijkt te zijn gevallen. Maar zelfs die natuurlijkheid wordt gecultiveerd, zij het op een andere manier, namelijk als iets 'natuurlijks', zoals blijkt uit de 'fitness'-rage en de taal waarin lichaamsverzorging en seksualiteit ter sprake komen.

Vanouds, in 'primitieve' culturen, is er een nauwe betrokkenheid op de natuur. Men voelt zich met de natuur verbonden. Tegelijk is de natuur vervuld van machten die nooit helemaal voorspelbaar zijn, machten die het bestaan bedreigen en bezworen dienen te worden. In de Nieuwe Tijd lijkt de mens zowel deze verbondenheid als het besef van bedreiging te zijn kwijtgeraakt. De natuur is een onuitputtelijk reservoir van te beheersen krachten geworden. De relatie met de natuur werd een instrumentele. Toch is de bedreiging daarmee niet van de baan, met name niet in de geneeskunde. Ziekten confronteren de mens met de onvoorspelbare zijde van zijn bestaan. De geneeskunde staat zo symbool voor de strijd van de mens tegen de natuur, een natuur die onvoorspelbaar is in haar ontsporingen en die de gaafheid van de lichamelijkheid bedreigt.

Natuurlijk is dit een ruwe en simplificerende interpretatie. De angst en onmacht van patiënten vinden vandaag hun oorsprong niet alleen in de grillige onvoorspelbaarheid van ziekte en ongeval, maar ook in de oncontroleerbaarheid van technische ontwikkelingen en hun toepassingen. Daarbij valt ook te denken aan het vervreemdende effect dat uitgaat van de grote organisatie. Ziekenhuizen zijn bedrijven geworden. Veel mensen voelen zich ongemakkelijk als ze de gang naar het ziekenhuis maken. Ondanks alle aandacht voor patiëntenrechten, 'informed consent' en een klantvriendelijke bejegening hebben veel mensen het idee dat ze in het ziekenhuis de regie uit handen hebben te geven en overgeleverd zijn aan de dressuur van de organisatie. Ook die vervreemding en die onmacht zeggen iets over de mens. De relatieve onbestuurbaarheid van medisch-technische ontwikkelingen en de vervreemdende ervaring van het overgeleverd zijn aan de regels van de organisatie maken duidelijk dat techniek en organisatie als beheersingsinstrumenten uit hun krachten dreigen te groeien. Dat op zijn beurt zegt overigens ook iets over de soms haast utopische verwachtingen die men ten aanzien van wetenschap, tech-

niek en organisatie koestert.

Alles bijeengenomen duidt dit erop dat het debat over de geneeskunde niet alleen een morele en politieke, maar ook een antropologische en existentiële, en uiteindelijk religieuze strekking heeft. Die strekking boven tafel te halen vormt de rode draad van dit en het volgende hoofdstuk en de achtergrond van dit boek. Meer in het bijzonder stellen we ons ten doel te beargumenteren waarom *morele reflectie* op allerlei ontwikkelingen in de geneeskunde niet in de periferie, maar *in het centrum van het medisch handelen gestalte dient te krijgen*.

Dat doen wij niet zonder reden. Mensen die in de praktijk werken, hebben vaak het gevoel dat de *morele bezinning* op hun vak achteraf, en dus meestal te laat komt. Anderen zijn van mening dat de geneeskunde, als een op wetenschappelijke leest geschoeide discipline, haar doelen en de aard en omvang van haar middelen zelf wel zal vaststellen. Voor hen betekent de ethiek zoveel als een inbreuk van buitenaf op de autonomie van de professie. Bij weer anderen valt een zeker cynisme te bespeuren. Tijdsdruk en praktische urgenties zijn volgens hen bepalender voor het handelen van de arts dan morele bezinning; en enig eelt op de ziel is, om het vol te houden, een praktischer oplossing dan subtiële beschouwelijkheid. Stuk voor stuk duiden deze reacties op een besef van *irrelevantie*: de medische ethiek hobbelt achter de ontwikkelingen aan, ze komt van buitenaf en ze is bovendien vaak te formeel en hoogdravend.

In dit boek stellen we ons ten doel de wortels van dit besef van irrelevantie te peilen. Ook pogen wij een beeld te schetsen van een geneeskunde waarin morele reflectie een intrinsiek onderdeel vormt van de medische praktijk.² We zullen zien dat het onbehagen over *allerlei ontwikkelingen in de geneeskunde te maken heeft met een vaak wel onderkend, maar niet voldoende consequent bestreden beheersingsdenken*. Het zal ons opvallen dat dit beheersingsdenken bepalend is voor de agenda en tot op zekere hoogte ook de methode van de medische ethiek. Met dit laatste doelen we ondermeer op die vormen van ethiek die zichzelf als een soort techniek opvatten, een techniek die bestaat uit het volgens een bepaalde procedure toepassen van morele principes en regels op concrete gevallen. Een dergelijke ethiek, die in haar werkwijze verwantschap toont met de 'technicistische' benadering van het medisch handelen, loopt inderdaad het risico op den duur als extern en als irrelevant te worden ervaren. In plaats daarvan pleiten wij voor een medische ethiek die aansluit bij ervaringen en structuren in de geneeskundige praktijk zelf. In een dergelijke ethiek staat het relationele karakter van de omgang tussen dokter en patiënt centraal.³ In het vervolg van dit hoofdstuk zullen

wij, na een schets van enkele historische ontwikkelingen, pogen het onbehagen in de geneeskunde en de medische ethiek te peilen. Het zal blijken dat dit onbehagen ambivalent is. Onze aandacht gaat daarbij vooral uit naar de achtergronden van deze ambivalentie.

Voor we verdergaan maken we nog een opmerking van terminologische aard. Zoals zal blijken en met name in hoofdstuk IV nader zal worden uitgewerkt, is het onderscheid tussen medische wetenschap en klinische praktijk voor ons betoog zeer wezenlijk. Om aan dit onderscheid recht te doen zal in de tekst, waar nodig, worden gesproken van *geneeskunst* indien de klinische praktijk wordt bedoeld. Waar het minder noodzakelijk is dit onderscheid te benadrukken, of de bedoeling uit de context duidelijk is, zullen wij de meer gangbare term geneeskunde gebruiken. Bedoeld worden dan beide, medische wetenschap en klinische praktijk.⁴ Wanneer uitsluitend het wetenschappelijke aspect van de geneeskunde aan de orde is, zullen wij als regel de formulering medische wetenschap (of geneeskunde als vakwetenschap) gebruiken.

3. "Dokter, hoe komt het toch dat ...?"

Mijnheer De Vries, 54 jaar, machinebankwerker, is onderweg naar zijn werk betrokken bij een ernstig auto-ongeval. In de mist ontstaat er plotseling een file. Mijnheer De Vries kan zijn voorligger niet meer ontwijken en wordt ook van achteren aangereden. Hij wordt uit het wrak gezaagd en met een schedelbasisfractuur opgenomen in het ziekenhuis. Anderhalve week later is mijnheer De Vries nog steeds buiten bewustzijn. Hij ademt wel zelfstandig. Ook kreunt hij af en toe en maakt hij bewegingen. Maar op vragen en opdrachten reageert hij niet. De wanhopige echtgenote vraagt opnieuw om een gesprek met de behandelend arts. Steeds herhaalt ze dezelfde vraag: "Dokter, hoe komt het toch dat dit mijn man moest overkomen?" De arts neemt de tijd en legt geduldig uit wat er met de hersenen van mijnheer De Vries aan de hand is. Ook toont hij begrip voor haar wanhoop en is hij openhartig over de prognose. Toch blijft mevrouw haar vraag herhalen.

Mevrouw De Vries is wanhopig. Dat is begrijpelijk. De dramatische gebeurtenissen hebben haar leven totaal overhoop gehaald. Verstandelijk begrijpt ze wat de dokter zegt: wat voor processen zich in het lichaam van haar man afspelen, de bedoeling van al het onderzoek, de medicijnen. Ze snapt dat de vooruitzichten niet gunstig zijn. Iedere dag wordt het minder waarschijnlijk dat haar man nog bij zal komen. Toch blijft ze haar vraag herhalen.

Hoe komt dat? Wat maakt dat zelfs de meest gedetailleerde uitleg, ook wanneer die verschillende keren herhaald wordt, toch geen antwoord op de vraag is? Komt het misschien, doordat de arts te weinig oog heeft voor wat mevrouw De Vries allemaal doormaakt? Is de zich repeterende vraag eigenlijk een vraag om steun en troost? Het is mogelijk. De volle omvang van het gebeurde begint nog maar net tot haar door te dringen. Het is begrijpelijk dat zij in verwarring verkeert en wanhopig is, dat zij naar alle kanten grijpt om houvast. Zeker, de arts toont begrip. Maar het is mogelijk en zelfs waarschijnlijk dat dit in de gegeven situatie niet voldoende is om de ongerustheid en wanhoop te verdrijven. Is het herhaalde vragen naar het waarom dus een verkapte vraag om steun? Gaat het primair om de emotionele verwerking van een ingrijpende gebeurtenis?

In de praktijk is het vaak moeilijker om een antwoord op die vraag te geven. Ook in het geval van mevrouw De Vries is dat zo. Als we goed luisteren, heeft haar vraag echter niet alleen betrekking op de emotionele verwerking en ligt er toch ook nog iets anders in besloten. Zij vraagt immers niet alleen: "Hoe komt het?" en: "Hoe moet ik nu verder?"; maar ook: "Waarom gebeurt dit?", "Waarom nu?" en "Waarom hij en niet iemand anders?". Haar vragen hebben niet alleen een emotionele, maar ook een existentiële betekenis. De vraag naar het waarom is -mede- een vraag naar de zin van wat haar en haar man overkomt. Mede, want het emotionele en het existentiële zijn, zoals zo vaak, ook hier met elkaar verstrengeld.

4. Geneeskunde en de vraag naar de zin

Gewoonlijk wordt in de geneeskunde de vraag naar de zin van ziekte en lijden ontweken. Als ze al wordt gehoord, dan wordt ze getransformeerd. Het existentiële verschijnt in psychologische gedaante en komt hoogstens als verwerkingsprobleem aan de orde. De geneeskunde lijkt nauwelijks een taal te hebben voor het existentiële aspect van het ziek-zijn.

Sprekende voorbeelden daarvan toont Frederick Wisemans film 'Near Death', opgenomen op de intensive care afdeling van het Beth Israel Hospital in Boston.⁵ Op een gegeven moment komt een vrouw aan het woord die net als mevrouw De Vries radeloos blijft vragen: "Dokter, hoe komt het toch dat mijn man zo ziek is?". Schrijnend is het om te zien hoe de gesprekspartners langs elkaar heen praten. Medisch en gesprekstechnisch geeft de arts voortreffelijk antwoord. Maar hij spreekt voor dovemansoren. De vraag van de vrouw gaat over iets anders: ze kan het lijden van haar man niet aanzien en

vraagt naar de zin daarvan. De arts vat de vraag "Hoe komt het toch ...?" letterlijk op. Hij antwoordt in termen van lichaamsfuncties en technische ingrepen. De vrouw bedoelt iets anders, misschien wel zonder het zelf ten volle te beseffen.

5. De ambivalentie van het onbehagen over de geneeskunde

Als het waar is dat in de geneeskunde de vraag naar de zin wordt ontweken, hoe komt het dan dat van buitenaf die vraag niet luider klinkt? Hoe komt het dat het protest tegen een geneeskunde die de grenzen van haar handelen in hoofdzaak laat bepalen door het technisch mogelijke, niet breder en invloedrijker is? Hoe komt het dat de kritiek op een voornamelijk technisch-functionele opvatting van ziekzijn de aard van de hedendaagse geneeskunde niet echt lijkt te raken?

Dat komt naar onze opvatting, omdat het onbehagen over de gangbare geneeskunde ambivalent is. Zeker, er is het onbehagen dat zich sedert de jaren zeventig heeft geïnstitutionaliseerd in de patiëntenbeweging. Die beweging kwam voort uit de bedreiging van de mondigheid van de patiënt door de macht van de arts. Daarnaast valt te wijzen op alternatieve geneeswijzen. Publicaties over nieuwe manieren om tegen ziekte en ander ongemak aan te kijken overspoelen de markt. Oosterse levensbeschouwing, gnostiek, occultisme en humanistische psychologie vinden elkaar in allerlei varianten van New Age en daardoor geïnspireerde gezingspraktijken.⁶ Uit dit alles spreekt onbehagen, niet alleen over het humane en morele maar ook over het spirituele gehalte van de geneeskunde. Ook tot de officiële vakliteratuur dringt dit onbehagen af en toe door. Toch leiden deze tegenbewegingen niet tot een werkelijke verandering in de manier waarop de geneeskunde tegen haar taak en de legitimatie daarvan aankijkt. Het netto resultaat van het protest en de tegenbewegingen levert een ambivalente aanblik op. Hoe komt dat?

Het antwoord op die vraag is niet zo gemakkelijk te geven. We doen een poging dit in enkele lijnen te schetsen en beginnen met een kort en schetsmatig overzicht van enkele historische ontwikkelingen.

6. Enkele historische achtergronden van de moderne geneeskunde

In de preliteraire en de meeste oude culturen waren de taken van arts en priester zeer sterk met elkaar verweven en dikwijls in een persoon verenigd. Ziekte vormde een directe bedreiging van het bestaan. Ze

was onheil in de volle zin van het woord. Ze betekende verwerping door de geestelijke wereld en bijgevolg soms ook uitstoting uit de samenleving. Gezondheid daarentegen was bewijs van gunst van goden of geesten en werd daarom verstaan als heil, opnieuw in de volle zin van het woord.^{7,8,9} Gezondheid was dus niet alleen een uitdrukking van lichamelijk en psychisch welbevinden, maar ook van goddelijke aanvaarding en sociale acceptatie.

De klassieke Griekse cultuur maakt zich geleidelijk los uit dit magisch-religieuze verstaan van ziekte en geneeskundig handelen. Daarbij moet vooral worden gedacht aan de al eerder genoemde natuurfilosofie. Deze filosofie leidde tussen de zevende en de vijfde eeuw voor Christus tot een meer wetenschappelijke geneeskunde, die lange tijd naast de zogenaamde priestergeneeskunde bestond.¹⁰ Deze meer wetenschappelijke geneeskunde stond in dienst van het Griekse schoonheids- en gezondheidsideaal dat in de antieke Hellenistische cultuur zo'n belangrijke rol speelde. Gezondheid werd als een hoog te waarderen goed beschouwd en tevens als een deugd waarvoor mensen zelf de verantwoordelijkheid dragen. Naast een curatieve taak had de arts ook een pedagogische en daarmee een preventieve taak, namelijk het bevorderen van een gezonde levensstijl.¹¹

Met de opkomst van het Christendom treedt in deze opvatting van ziekte, gezondheid en geneeskunde een verandering op. In het algemeen kan men zeggen dat de kerkvaders gepoogd hebben geestelijk heil en lichamelijk welzijn zorgvuldig te onderscheiden. Gezondheid en herstel van ziekte zijn wel een teken van het heil, maar gezondheid en heil in religieuze zin vallen niet samen. "Ziekte en gezondheid werden beide gezien in hun relatie tot het eeuwig heil, als momenten waarin zich Gods werk openbaart. Hierdoor werd ook het Griekse ideaal van de lichamelijke gezondheid gerelativeerd".¹² Het christendom heeft dus een relativering gebracht van het klassieke gezondheidsideaal. Gezondheid was wel betrokken op het heil in religieuze zin, maar ze viel daarmee niet samen.¹³

In het christelijke cultuurgebied vonden de verzorging van zieken en de beoefening van de geneeskunde gedurende het grootste deel van de Middeleeuwen in de kloosters plaats. De ziekenzorg stond onder leiding van de christelijke kerk.¹⁴ De meeste artsen waren geestelijken. De middeleeuwse kloostergeneeskunde vormde een combinatie van elementen uit de klassieke hippocratisch-galeense geneeskunde, met vormen van een christelijk-charismatische 'geneeskunst', die soms magische trekken had, en elementen van (kruiden)geneeskunde van de oorspronkelijke bevolking. Gebed, handoplegging, exorcisme en zalving met olie hadden een belangrijke plaats in het

handelen van artsen, naast het gebruik van diëtiëk, geneeskrachtige kruiden en een aantal handelingen die wij nu medisch-technisch zouden noemen. Van deze handelingen is het aderen het bekendst en vermoedelijk ook het meest gepraktiseerd. De verdere ontwikkeling van de klassieke 'wetenschappelijke' geneeskunde kwam pas in de late Middeleeuwen op gang.

In de kloostergeneeskunde werden gezondheid, ziekte en geneeskunde geïnterpreteerd vanuit een christelijke opvatting van de heilsgeschiedenis, met als kernpunten het paradijs (gezondheid), het aardse leven na de zondeval (ziekte) en de opstanding, de vernieuwing (herstel). Deze duiding van gezondheid, ziekte en herstel gaf de mogelijkheid van zingeving van ziekte. Ziekte werd niet uitsluitend negatief opgevat en gezondheid niet uitsluitend positief.¹⁵ Ziekte vormde geen principieel defect, maar een voorbijgaande *status deficiens*, dat wil zeggen een tijdelijke zwaktetoestand, een ontologisch tekort.¹⁶ Genezing was dan ook geen reparatie of rehabilitatie, maar een omvormende handeling op weg naar een meer definitief heil. Herstel betekende de terugkeer van levenskracht (*viriditas*). De arts werd hierbij niet gezien als degene die middels voorschriften en handelingen de genezing teweegbrengt, maar als de moderator, de bemiddelaar van veranderingen die tot herstel van krachten leiden. Het gezondheidsconcept bevatte het element van het vermogen ziekte en lijden te dragen. Tot de kunst van het leven (*ars vivendi*) behoorde ook de kunst te sterven (*ars moriendi*). In iedere lijdende werd een broeder van Christus, ja Christus zelf gezien¹⁷, achter iedere arts Christus als de barmhartige helper (het *Christus Medicus* motief). Van het ethos van de arts vormde het betoon van barmhartigheid de spil. De arts had primair een dienende, in plaats van een curatieve taak.¹⁸ Van de arts had men in de Middeleeuwen hoge verwachtingen, niet zozeer in technische als wel in morele zin.¹⁹

7. Opkomst van het modern-wetenschappelijke denken en de moderne geneeskunde

Deze opvatting aangaande ziekte, gezondheid, herstel en de positie en de taak van de arts veranderde grondig gedurende de Nieuwe Tijd. Het begin van deze verandering ligt echter reeds in de hoge middeleeuwen, de 11e en 12e eeuw. In de scholastiek deed onder invloed van de wetenschappen van de arabisten de klassieke Griekse opvatting weer opgeld dat de wereld een natuurlijke orde vertoont die door de menselijke rede te doorzien en te verklaren zou zijn. 'Natuur' was aanvankelijk tevens een normatief begrip. Er was een

natuurlijke orde, die weliswaar voor God niet absoluut was, maar die voor de mens wel als een normatieve orde gold. Medisch handelen moest dan ook altijd de natuurlijke orde respecteren en trachten te herstellen.

De arts is in deze visie dan ook een dienaar van de *potentia Dei ordinata*, dat wil zeggen een dienaar van de God wiens macht in de door Hem verordeneerde orde der natuur, bijvoorbeeld in de werking van geneesmiddelen, tot uitdrukking komt. De genezing, zo zegt Thomas van Aquino, heeft haar innerlijk principe in het vermogen van de natuur, dat wil zeggen in de orde van de goddelijke potentie, en haar uiterlijk principe in de kunst van de arts.²⁰ De kunst bootst de natuur na en kan haar slechts helpen. Met zijn ratio kan de mens de goddelijke orde van de natuur leren verstaan. Met zijn kunst kan hij daar vervolgens op inwerken en zo meehelpen aan de genezing van de zieke.

In de loop van de 13e eeuw wint naast deze klassiek scholastische denkwijze een andere, noordelijke of moderne opvatting veld. De filosofie van Duns Scotus, Schot van origine, kan als het begin hiervan worden aangemerkt. Meer nog dan oneindig verstand is God volgens Duns oneindige wil. God kan deze wil in volstrekte vrijheid gebruiken, hetgeen voor Duns inhoudt dat wat God wil door Hem op hetzelfde moment ook niet-gewild kan (of had kunnen) zijn. Het goddelijke willen impliceert dan ook geen determinisme. Deze opvatting heeft diepgaande consequenties voor Duns' kijk op de werkelijkheid en op het kennen. De werkelijkheid wordt nu contingent, hetgeen wil zeggen dat van ieder ding dat bestaat, gezegd kan worden dat het ook niet had kunnen bestaan. Kennis is niet langer verbonden met noodzakelijkheid en de werkelijkheid niet langer een in de onveranderlijke raad van de Almachtige rustende natuurlijke orde.²¹

De stroming die deze gedachten ontwikkelde en uitdroeg en daarmee een aanzet heeft gegeven tot de ontwikkeling van de moderne wetenschap is het *nominalisme*.²² Kunsten, zoals de geneeskunst, hoefden zich in het denken van de nominalisten niet meer te beperken tot het nabootsen van de natuur. Kunst werd vrije kunst, vrije schepping van werken en daden. De menselijke geest vermocht dingen tot stand te brengen die de natuurlijke orde overschrijden. Zo konden wetenschap en techniek zich verheffen tot instrumenten die de noodzakelijkheid van de natuur doorbreken.²³ De mens werd ambachtsman, de wereld een grote werkplaats. Met de gedachte dat de mens de natuur door zijn handelen kan veranderen, kreeg ook de geschiedenis een ander karakter: ze kwam in het teken te staan van de vooruitgang.²⁴ Renaissance-denkers voegden hier aan toe dat deze

voortgang ook als een culturele en zedelijke verheffing gezien moet worden.

Deze veranderde inzichten inzake de verhouding tussen mens en natuur vormden de opmaat voor het denken van de Verlichting. Van belang in het Verlichtingsdenken zijn vooral de ontwikkeling van de wetenschappelijke methode en de daarmee gepaard gaande mechanisering en mathematisering van het wereldbeeld.²⁵ Het wetenschappelijk denken maakte zich los uit de greep van het aristotelische denken in termen van doel-oorzaken, dat het wezen van de dingen herleidde tot hun natuurlijke doel of bestemming (telos). In plaats daarvan ontwikkelde zich een ontwerpende en construerende manier van denken.²⁶ De wetenschap had nu tot taak de werkelijkheid tot de kleinste bouwstenen (atomen) te ontleden, om deze vervolgens aan de hand van begrippen uit de logica, de wiskunde en de mechanica weer op te bouwen tot een volkomen inzichtelijk en transparant (wetenschappelijk) ontwerp. Werkelijk was niet langer wat mensen van de werkelijkheid ervaren, maar wat de wetenschap over de werkelijkheid zegt.

Heel de natuur, en daarmee ook het menselijk lichaam, werd aldus een voorwerp van onderzoek. Via Vesalius (1514-64), Descartes (1596-1650), Harvey (1578-1657) en De la Mettrie (1709-51), auteur van het beroemde *L'homme machine*, voltrok zich, overigens zeer geleidelijk, de mechanisering van het mensbeeld.²⁷ Zo benadrukten de iatrochemici en de iatrofysici uit de 17e en het begin van de 18e eeuw het belang van respectievelijk chemische reacties en de principes van de mechanica voor het functioneren van het menselijk lichaam.²⁸ Al deze gegevens en opvattingen konden echter pas in de loop van de 19e eeuw in een medisch-wetenschappelijk model en in een methodische benadering van de medische praktijk worden geïntegreerd. Pas toen werd de verkregen kennis vruchtbaar voor de medische praktijk.²⁹

8. Moderne opvattingen van geneeskunde en van gezondheid

De geneeskunde zoals wij die kennen is in belangrijke mate op natuurwetenschappelijke leest geschoeid. Iedere medisch student maakt kennis met preklinische vakken zoals (patho)fysiologie, immunologie en algemene farmacologie. Deze vakken zijn op hun beurt gefundeerd in wetenschappen als de fysica, de biochemie, de moleculaire biologie en de celbiologie.³⁰ De onderzoeksresultaten van deze wetenschappen berusten op toepassing van natuurwetenschappelijke methoden.^{31,32} Deze methoden zijn

veelal experimenteel van aard. Het te onderzoeken verschijnsel wordt daartoe onder experimentele controle gebracht, hetgeen wil zeggen dat allerlei factoren die in de concrete werkelijkheid op het betreffende verschijnsel invloed uitoefenen, op een kunstmatige wijze constant worden gehouden, of worden uitgeschakeld. De bedoeling hiervan is om specifieke kennis te verwerven over de relatie tussen een bepaald aspect van het te onderzoeken verschijnsel en de verschillende factoren die daarop van invloed zijn. De functionele samenhangen die aldus gevonden worden, hebben idealiter een wetmatig karakter.

Het kunstmatige karakter en de vernauwing van het aandachtsveld waarvan bij het experiment sprake is, kunnen worden aangeduid met de termen analyse, abstractie en objectivering. *Analyse* houdt in dat uit een complexe samenhang één bepaald verschijnsel wordt gepeld. *Abstractie* betekent dat dit verschijnsel apart wordt gesteld en dat wordt gedaan alsof het op zichzelf staat. Onder *objectivering* wordt het streven verstaan om subjectieve elementen zoveel als mogelijk uit dit procédé te weren. Met betrekking tot deze subjectieve elementen moet niet alleen aan de persoonlijke mening van de onderzoeker worden gedacht, maar ook aan bijzonderheden van de lokale situatie (tijdsdruk, beschikbaarheid van technische middelen of onderzoeksmaterialen). Het is van het grootste belang steeds weer te bedenken dat dit type onderzoek alleen mogelijk is doordat de onderzoeker afziet van de concrete en complexe verbanden waarin het object zich in de werkelijkheid bevindt. De resultaten van dit soort onderzoek betekenen dus per definitie een *reductie* ten opzichte van de 'volle' werkelijkheid, ze laten slechts een aspect van het geheel zien onder bepaalde standaardcondities.

Dat dit vaak wordt vergeten komt vermoedelijk doordat met deze werkwijze zulke enorme successen worden geboekt. Dat brengt met name niet-onderzoekers in de verleiding om een is-gelijk-teken te plaatsen tussen de experimentele situatie en het te onderzoeken fenomeen; respectievelijk tussen model en werkelijkheid. De grondfout in het interpreteren van de resultaten van experimenteel wetenschappelijk onderzoek bestaat erin dat het model of de hypothese wordt vereenzelvigd met de werkelijkheid. Theorieën en hypothesen worden dan *verabsoluteerd*, dat wil zeggen losgemaakt uit hun experimentele context en op zichzelf geplaatst.

Van een dergelijke vereenzelving van model en werkelijkheid is sprake wanneer in de 16e en 17e eeuw het model van het lichaam als machine opkomt. De machine-metafoor heeft zijn sporen tot in onze tijd getrokken, zeker als we de computer-metafoor tot haar nazaten zouden rekenen. De moderne arts beschouwt het lichaam als een

complex genetisch-neurologisch-hormonaal informatie verwerkend systeem.³³

Deze verwetenschappelijking van het beeld van het lichaam kan niet los worden gezien van de ontwikkeling van allerlei technieken. Geneeskunde heeft meer en meer het karakter gekregen van een technologie, van een technische wetenschap.³⁴ Nieuwe technieken vormen de basis van nieuwe typen van onderzoek. Het is niet overdreven te stellen dat vernieuwingen in de techniek de basis vormen van de geweldige vooruitgang van de geneeskunde.³⁵ De techniek beïnvloedt ook het beeld van de mens. Het menselijk lichaam is in vele opzichten maakbaar geworden. De vele uitdrukkingen daarvan treffen we aan in de manier waarop in de beeldende kunst, in de seksualiteit, in de 'body'-cultuur, in de dans 'house', in de film en in de plastische chirurgie met het lichaam wordt omgegaan.³⁶

De technologisch bepaalde geneeskunde is zeer succesvol geweest in het ophelderen van lichaamsfuncties en het ontdekken van de materiële oorzaken van allerlei ziekten. Zij heeft vele mogelijkheden geopend voor therapeutisch ingrijpen. Tegelijk vormt die technologische bepaaldheid echter de bron van het onbehagen over de geneeskunde. De vereenzelving van model en werkelijkheid leidde tot een verabsolutering van het medisch-wetenschappelijk kennen. De ontwikkeling van het medisch kennen en kunnen werd niet meer van binnenuit begrensd. Zo is de geneeskunde in het teken komen te staan van de technische imperatief. Ze ontwikkelde zich tot een reusachtig, zichzelf de wet voorschrijvend systeem, ten opzichte waarvan er slechts twee keuzen resten: zich voegen of buitengesloten blijven.

9. De waardering van wetenschap en techniek

Wetenschappelijke modellen en het technische beheersingsstreven zijn in onze eeuw steeds meer het wereldbeeld en het levensgevoel van de westerse mens gaan beïnvloeden of zelfs bepalen. In dit wereldbeeld is nauwelijks plaats voor moraal en levensbeschouwing, of het moet zijn aan de randen, waar 'zekere kennis' overgaat in 'subjectieve mening'. Het groeiende beslag van wetenschap en techniek op het denken en het leven is dan ook samengegaan met een teruglopende betekenis van de 'traditionele' religies en hun moraal. Omgekeerd heeft de verminderde betekenis van het religieuze mens en wereldbeeld ook weer bijgedragen aan de overschatting van wetenschap en techniek.³⁷

Toch laat de vraag naar de zin en betekenis van ziekte en gezondheid, geboorte en dood zich niet wegdrücken. Met name bij ingrijp-

pende en bedreigende gebeurtenissen hebben mensen behoefte aan een zinzperspectief. Het kenmerkende van onze tijd is dat wetenschap en techniek, althans in het publieke domein, de rol hebben overgenomen van de traditionele levensbeschouwingen, namelijk door zèlf te gaan fungeren als interpretatie- en zingevingskaders aan de hand waarvan mensen hun leven en hun ervaringen in een betekenisvol verband trachten te plaatsen.

Dit komt bijvoorbeeld tot uitdrukking in de speciale bemoeienis van de geneeskunde met het levensbegin en het levenseinde. Vanuit een cultureel-antropologisch standpunt kan men betogen dat menselijke cultuur daar begint waar voortplanting en dood een religieuze betekenis en verdieping krijgen. Wat de mens van het dier onderscheidt, is dat hij zich op een bepaalde manier tot zijn geboorte en dood verhoudt. Juist voor deze grenzen van het lichamelijke bestaan toont de geneeskunde een uitgesproken fascinatie en een sterke drang om te beheersen. Dit is een (indirecte) aanwijzing dat de geneeskunde een 'seculier-religieuze' lading heeft gekregen.³⁸ Als deze suggestie juist is, kunnen we daarin, opmerkelijk genoeg, een terugkeer constateren tot de rol van de geneeskunde en de arts in de 'primitieve' en de klassieke grieks-helleense cultuur. Zoals we zagen, vielen in die culturen gezondheid en heil in religieuze zin vrijwel samen en was het de taak van de arts hindernissen tegen een leven volgens dat ideaal zoveel mogelijk op te ruimen.

10. Beheersingsbehoefte

Het *biomedische mensbeeld* en het daarmee samenhangende levensgevoel gaan gepaard met een sterke concentratie op het binnenwereldlijke. Gezondheid en materiële welstand zijn in onze tijd waarden die hoog genoteerd staan. Het gezondheidsbegrip is de laatste decennia bovendien aanmerkelijk verbreed. Gezondheid wordt niet meer gedefinieerd als het ontbreken van ziekte, maar in termen die (mede) verwijzen naar normen en idealen van esthetische en psychologische aard - er goed uit zien, je goed voelen, jeugdigheid en vitaliteit. Denk in dit verband bijvoorbeeld aan orthodontie, plastische chirurgie en aan de Prozac-hype in de 'grachtengordel' van onze hoofdstad.

Van de huidige geneeskunde gaat in hoge mate de suggestie uit dat ongemak, ziekte en lijden controleerbaar en beheersbaar zijn. Die suggestie voorziet in een behoefte. Ziekte is iets dat een mens overkomt. Men is eraan overgeleverd. Onvermijdelijk leidt dit overgeleverd-zijn tot gevoelens van angst, onzekerheid en onmacht. De

geneeskunde komt aan die gevoelens tegemoet. Zij is één en al activiteit. De rusteloosheid van het medisch bedrijf maakt dat het nauwelijks meer nodig is de wezenlijke passiviteit van het ziek-zijn te ervaren. Dokter en patiënt zijn eendrachtig als het erom gaat die passiviteit ongedaan te maken.

Daarin schuilt iets ambivalent. Aan de ene kant vormt de bijkans ongeremde beheersingsdrang van de geneeskunde een bedreiging, bijvoorbeeld voor de mondigheid van de patiënt. Anderzijds roept de angst voor lijden en aftakeling de beheersingsdrang ook op. De moderne, gesecculariseerde mens heeft de technologie nodig. Hij kan niet zonder, dat wil zeggen hij kan niet zonder de illusie van een uiteindelijk beheersbaarheid en controle.

11. Doodsverdringing

We kunnen nog een stap verder gaan. De geneeskunde maakt de angst en onmacht waartoe ziekte leidt, ongedaan. Althans dat poogt ze. Daarmee komt ze tegemoet aan de neiging van de moderne mens om zich af te sluiten voor dat wat herinnert aan vergankelijkheid en sterfelijkheid. We zagen zojuist dat ook het omgekeerde geldt, namelijk dat lijden, onmacht en de realiteit van de dood de beheersingsdrang ook kunnen oproepen. Maar, hoe diep hebben de angst en de ontkenning van de dood zich in het beheersingsstreven zelf genesteld? Vormen die angst en ontkenning wellicht ook al de ondergrond voor de *ken*processen waarop wetenschap en techniek zijn gebaseerd?

We moeten hier voorzichtig zijn om niet te grote woorden te spreken. Het gaat ons meer om een toon die blijft meeklinken dan om een determinerend proces. Maar met die slag om de arm moet in dit verband toch opvallen dat het westerse kennis- en wetenschapsideaal doortrokken is van de gedachte dat ware kennis *zuivere* kennis is, zuiver in de zin van transparant, logisch inzichtelijk, onvoorwaardelijk geldig en ontdaan van de 'onzuiverheid' van toevallige omstandigheden en subjectieve voorkeuren. Al vanaf de Oudheid heeft het westerse denken zich georiënteerd aan dit ideaal van een zuiver theoretisch weten, zo stelt Rudolf Boehm. Aristoteles zou daartoe het fundament hebben gelegd.³⁹ Voor ons is in dit verband vooral van belang dat dit verlangen naar zuiverheid niet los kan worden gezien van het streven om aan de dood te ontsnappen. De grond voor het ideaal van een zuiver theoretisch weten ligt bij Aristoteles in het ontvluchten van de dood en in het verlangen naar onsterfelijkheid, aldus Boehm.⁴⁰ In de hoogste kennisvorm zou de mens gelijkenis vertonen met de goden. Wetenschap is bij Aristoteles ten diepste *scientia divina*, een goddelijk-

ke, doelvrije, intellectueel-schouwende activiteit van mensen die de banden met het praktisch noodzakelijke en zintuiglijke hebben weten af te schudden.

Bij de denkers uit de Verlichting ontbreekt weliswaar deze expliciete verwijzing naar een goddelijk soort denken, maar herkenbaar blijft het streven om aan het toevallige en willekeurige te ontsnappen. Met name bij rationalistische denkers als Descartes en Kant is het kennen van de waarheid, net als bij Aristoteles, ten nauwste verbonden met een proces van zuivering van het denken.⁴¹ Evenmin ontbreekt bij deze en andere verlichtingsdenkers de gedachte dat het mensdom door te kennen zijn eindigheid overschrijdt. Alleen wordt dit overschrijden nu niet in een verticale, transcendente zin gedacht, maar in een horizontale, op de toekomst gerichte zin.

Deze kanteling van perspectief kan niet goed worden begrepen zonder een ander element in rekening te brengen, namelijk de secularisering van de christelijke heilsverwachting. Zoals bekend staat ook in deze heilsverwachting de overwinning van de dood centraal: de mens is bestemd voor het eeuwige leven. In het denken van de Verlichting treffen we allerlei geseculariseerde versies van deze verwachting aan. Het heil wordt nu binnen de grenzen van de menselijke geschiedenis gezocht en aan de wetenschap wordt een beslissende rol toegekend in het tot stand brengen van dit heil.⁴² Al bij Descartes treffen we de gedachte aan dat consequente toepassing van de wetenschappelijke methode na vele generaties zal leiden tot volmaakte kennis van een volkomen transparante wereld.⁴³

Vandaag zijn de grenzen van de beheersing in zicht gekomen. De beheersingsinstrumenten zijn tot op zekere hoogte zelf onbeheersbaar geworden. De ongerustheid daarover krijgt stem in het pleidooi voor een humanere geneeskunde, een geneeskunde die oog heeft voor de zieke achter de ziekte.⁴⁴

Die ongerustheid is legitiem. Er zijn voorbeelden te over van situaties waarin de geneeskunde te ver doorgeschooten is in haar beheersingsstreven. Maar juist hier wordt de ambivalentie opnieuw zichtbaar. Want het is de vraag of de nood voldoende diep gepeild wordt. Het is de vraag of de moderne, geseculariseerde mens bereid en in staat is om de doodsverdringing op te geven. Het pleidooi voor een humanere geneeskunde gaat niet zelden hand in hand met een heftige afwijzing van lijden, onmacht en aftakeling. Dat lijden, die onmacht en die aftakeling worden toegeschreven aan een ontspoorde geneeskunde, een geneeskunde die in haar therapeutisch ingrijpen niet van ophouden weet. De felheid van dit protest mag evenwel de ogen niet doen sluiten voor het feit dat ze soms gepaard gaat met een

nog onverhulder beheersingsstreven, namelijk beheersing van de dood. Dit streven vinden we paradoxaal genoeg juist bij voorstanders van een humanere, minder vertechniseerde en beheersende geneeskunde.

Dat blijkt bijvoorbeeld uit het euthanasie-debat. Vanouds beperkte de geneeskunde zich tot het bestrijden van ziekte en het verlichten en opheffen van lijden. Het streven naar beheersing van de dood gaat een stap verder. Hier verschijnt de mens niet slechts als regisseur van het leven en al wat daartoe behoort (ziekte, lijden), maar als regisseur van de dood.⁴⁵ De vraag laat zich stellen of deze neiging om de regie kost wat kost in handen te houden, niet schatplichtig is aan dezelfde filosofie als die welke verantwoordelijk is voor de technologische imperatief, die volgens velen de geneeskunde in de greep houdt. Als dat zo is, dan is het pleidooi voor euthanasie, hoewel in naam een kritiek op het beheersingsstreven, in feite de voltooiing daarvan en daarmee een illustratie van de ambivalentie van het onbehagen over de geneeskunde.

12. Ambivalentie over de medische ethiek

Veel van de kritiek op de huidige geneeskunde kan worden gerubriceerd als kritiek op het uit de hand gelopen technische karakter van de geneeskunde. Reeds in 1950 vergelijkt G.A. Lindeboom de techniek met een wig die tussen arts en patiënt wordt gedreven.⁴⁶ Toch is het de vraag of de bezinning op de morele dimensie van de geneeskunde moet inzetten bij de vraag welke technieken mogen worden toegepast en welke niet. Een belangrijk praktisch bezwaar daartegen is dat de ethiek in dat geval extern blijft en ontwikkelingen pas toetst op het moment dat ze alleen om financiële redenen al geen halt meer toegeroepen kunnen worden. *De vraag naar de betekenis en zin van de techniek kan binnen het bestek van een dergelijke ethiek niet gesteld worden, laat staan beantwoord. Het imperatieve karakter van de technologie wordt wel gekritiseerd, maar de technologie als zodanig blijft buiten schot.*

Dit verklaart wellicht waarom velen de medisch-ethische discussie als irrelevant ervaren, of hoogstens als een achterhoede-gevecht. Het onbehagen dat de impuls geeft tot de medische ethiek, komt niet tot rust. De medische ethiek blijkt zich op een plaats te hebben geïnstalleerd waar dit onbehagen ook niet tot rust kán komen: in de tweede linie, daar waar de werkelijke strijd al gestreden is en hoogstens nog wat plooiën kunnen worden gladgestreken; niet binnen, maar buiten de geneeskunde; in commissies en beleidsorganen waar de vraag naar

de zin van de techniek hooguit verschijnt als toepassingsprobleem en de begrenzing van de geneeskunde vooral aan de orde komt als een kwestie van verdeling van financiële middelen.

Ook hierin toont zich de ambivalentie van het onbehagen over de geneeskunde. Het is net of dit onbehagen op het laatste moment toch nog gesmoord wordt, of de kritiek niet radicaal genoeg kan of mag worden en wordt afgeleid langs paden die afstand houden van de plaats waar de geneeskunde werkelijk geraakt kan worden, namelijk in de absolute van haar beheersingsdrang.

Van filosofische zijde wordt deze immuniteit voor kritiek soms ook beargumenteerd. Een positie binnen de geneeskunde, een radicale kritiek van binnenuit, is volgens sommigen onmogelijk. De geneeskunde zou die kritiek onmiddellijk incorporeren en daarmee neutraliseren. Gewezen wordt op de rol van de patiëntenbeweging die haar kritische en antagonistische tendens in belangrijke mate verloren heeft en vandaag veeleer geneigd is tot samenwerking met de gevestigde macht. In bepaalde beschouwingen is het zelfs de vraag of een positie buiten de geneeskunde überhaupt mogelijk is; of er een taal van gezondheid en ziekte mogelijk is buiten die van het officiële medische 'discours'.⁴⁷

Vanuit deze optiek bestaat de verdeeldheid van de geneeskunde hierin dat het onbehagen dat binnen de geneeskunde ontstaat, slechts stem kan krijgen buiten de geneeskunde, maar eigenlijk ook daar van meetaf aan al onder het beslag ligt van de geneeskunde, en wel omdat het moderne mensbeeld in sterke mate is bepaald door het biomedische denken.

Toch kan de medische ethiek de vraag naar de aard van de techniek niet ontwijken. Vragen naar de aard van de medische techniek is vragen naar de aard van de geneeskunde. En, moeten we toevoegen, pogen iets te expliciteren aangaande de aard van de geneeskunde, is pogen iets te zeggen over de dood en de realiteit van menselijk lijden. *Techniek en dood*, het gaat in de geneeskunde om de verhouding tussen die twee. Wil de medische ethiek iets te zeggen hebben, dan dient ze zich op beide, in hun onderlinge verhouding, te bezinnen; en wel vanuit de vraag naar de zin, die de ondergrond vormt van het gesprek tussen arts en patiënt.

Aansluitend bij wat daarover zojuist al gezegd werd, kunnen ten aanzien van het denken over de dood in onze cultuur twee lijnen worden aangewezen.⁴⁸ De eerste, een *metafysisch-humanistische* lijn, hangt samen met de juist besproken dieptelaag in het westerse kennis- en beheersingsideaal zoals dat via de Verlichting en de Industriële Revolutie gestalte heeft gekregen in de moderne techniek. Het

beheersen door middel van de techniek bleek samen te hangen met een kennisideaal waarin de zuiverheid van het wetenschappelijk kennen geassocieerd is met een zich ontrukken aan het vergankelijke en willekeurige. Dit kennisideaal bleek in de Nieuwe Tijd niet los te kunnen worden gezien van een binnenwereldlijke, seculiere vertaling van de christelijke verwachting van het toekomstig Godsrijk. De verlichte mens kan zijn zelfbeeld, namelijk dat van autarke homo creator, slechts handhaven bij de gratie van een verdringing van de dood. Daarnaast is er een *naturalistische* lijn, die overigens al bij de Stoa is te vinden en die vervolgens herkenbaar is in allerlei evolutionaire werkelijkheidsopvattingen en tenslotte in een radicale variant bij een denker als Foucault (zie Excurs). In deze laatste lijn van denken verschijnt de dood als constateerbare feitelijkheid, zij het bij Foucault vooral onder het gezichtspunt van de ordenende werking van die *feitelijkheid*. Dat de dood in *ethische en religieuze zin* een kwaad genoemd kan worden, is iets dat in beide denkradities onderbelicht blijft, in de metafysisch-humanistische traditie vanwege de ontkenning van de realiteit van de dood, in de naturalistische traditie vanwege het accent op de feitelijkheid van de dood.

Opgemerkt moet worden dat we in onze tijd nogal eens een vermenging van beide lijnen kunnen constateren, met name in allerlei evolutionaire werkelijkheidsbeschouwingen. Over het leven en de lichamelijkheid wordt dan gedacht in termen van het beheersingsideaal, tot het moment dat de dood aanstaande is en men zich overgeeft aan de gang van de natuur. Dit 'zich overgeven' krijgt dan nogal eens een kosmisch-religieuze betekenis, bijvoorbeeld in de gedachte van een voortbestaan in de genen of in de gedachte dat het stof of de as van de gestorvene weer opgenomen wordt in de cyclische gang van moeder Natuur.

13. Ambivalentie en het ontwijken van de zin-vraag

We vatten samen. De moderne geneeskunde kan en doet veel voor veel patiënten die hiermee dan ook blij zijn. Tegelijkertijd bestaat in brede kring onbehagen over de geneeskunde. Dit onbehagen is evenwel ambivalent. Allereerst is er het onbehagen over de *beheersingsdrang van de geneeskunde*; dit *beheersingsstreven wordt door de angst voor lijden en aftakeling evenwel ook opgeroepen en instandgehouden*. Vervolgens is er het pleidooi voor een humanere, minder heerszuchtige geneeskunde. Maar dit pleidooi breekt niet werkelijk met de doodsverdringing en de seculiere heilsverwachting die de achtergrond vormen van het westerse kennis- en beheersingsideaal, zoals

ondermeer bleek uit de euthanasie-discussie. In feite wordt dit kennisideaal geradicaliseerd in de poging de dood zelf in regie te nemen. Tenslotte is er de ambivalente positie van de medische ethiek zelf. Als kritische instantie binnen de geneeskunde dreigt zij te worden opgeslokt, als stem van buiten de geneeskunde wordt zij als krachteloos bestempeld.

Eerder in ons betoog suggereerden wij dat de geneeskunde de vraag naar de zin van ziekte en lijden ontwijkt. We vroegen ons af waarom de vraag naar de zin niet luider klinkt. Het antwoord op die vraag luidde dat de vraag zelf, het onbehagen over de geneeskunde, nog ambivalent is, dat wil zeggen: in haar kritiek nog te zeer gebonden aan de denkwijze die zij wil bestrijden. Het kardinale punt bleek hier te zijn dat het wetenschappelijk-technische verstaan van de werkelijkheid zelf een overheersend interpretatiekader en zinperspectief is geworden. Van hieruit is het nog maar een kleine stap naar onze volgende stelling: de kritiek op de geneeskunde is ambivalent omdat zij ook zelf de vraag naar de zin niet radicaal genoeg stelt, namelijk als vraag naar de zin van het leven en van de dood en van menselijk lijden.

Een christelijke medische ethiek zal zich dan ook eerst met die zin-vraag, en in samenhang daarmee met de vraag naar de zin van de geneeskunde moeten bezighouden, wil ze in staat zijn medische ontwikkelingen en het medische handelen op een fundamenteel niveau te beoordelen. Op die zinvragen zullen we in het volgende hoofdstuk dan ook ingaan.

Excurs: De dood bij Foucault

Nu de geneeskunde op de grenzen van de maakbaarheid en beheersing stuit, is het niet verwonderlijk dat er ook andere interpretaties van de aard van het geneeskundig kennen en handelen ontstaan. Een van de meest belangwekkende en diepgravende interpretaties is te vinden in het werk van Michel Foucault, met name in diens *Geboorte van de kliniek*.⁴⁹ We gaan na hoe bij hem de vraag naar de zin, als vraag naar de zin van dood en lijden verschijnt.

Volgens Foucault is het ontstaan van de klinische geneeskunde het gevolg van een omslag in de wijze van waarnemen, ordenen en interpreteren van ziekteverschijnselen. Deze epistemische omslag dateert hij aan het begin van de 19e eeuw. Het fundament van die omslag bestaat in een andere situering van de dood. Deze is niet meer het ondoorzichtige eindpunt van het ziekteproces. Ze is niet meer één

van de virtuele en ten diepste onkenbare polen van wat als een continuüm, namelijk tussen dood en leven, wordt gedacht. De dood is de "oorsprong van de ziekte in haar zijn zelf", of ook "... de mogelijkheid die inherent is aan het leven, maar sterker is dan het leven..."⁵⁰ Tezelfdertijd is ze de voorwaarde van de medische blik en wel omdat die blik beheerst wordt door de kennis van de pathologische anatomie, de wetenschap van het dode lichaam. De clinicus kijkt met de ogen van de pathologische anatomie, dat is van de dood, naar het zieke, nochtans levende lichaam. De dood is niet meer het "absolute en bevoorrechte punt waar de tijden stilsthouden". Ze wordt een in de tijd gespreid proces:

"... om te beginnen geven de zintuigen het op, raakt het brein verdoofd, zwakt de voortbeweging af, worden de spieren stijf en vermindert hun contractievermogen, raken de ingewanden in een staat van bijna-verlamming en tenslotte staat het hart stil."⁵¹

Toch mag het hier beschreven proces van ontbinding, een proces dat al ruim voor het intreden van de dood bezig is zijn beslag te krijgen, niet worden geïdentificeerd met het ziekteproces. De ziekteverschijnselen zijn geen rechtstreekse manifestatie van de dood, ze betekenen de tussenpositie van het symptoom, als vloedlijn tussen leven en dood. De dood is wel natuurlijk, maar niet in de zin van een natuurlijk eindpunt van het leven. Foucault beschrijft de dood als een *tijd-ruimtelijk coördinatenstelsel* aan de hand waarvan het ziekteproces kan worden gesitueerd en verhelderd. De dood heeft een bepaald tijdsverloop. Ook ruimtelijk is ze in de successieve organen aanwijsbaar. Ze is

"die grote macht van verheldering die de ruimte van het organisme en de tijd van de ziekte beheerst en aan het licht brengt".⁵²

Het continuüm waarvan eens leven en dood het absolute begin- en eindpunt vormden, wordt vervangen door een driehoekige epistemische structuur: leven, ziekte en dood. De dood vormt van die driehoek de top. Ze is de voorwaarde of het gezichtspunt vanwaaruit voortaan niet alleen het ziekteproces, maar ook het leven verschijnt. Ze is de helling waartegen het leven opkruipt en telkens ook weer afglijdt. Ziekte en leven kunnen slechts vanuit de dood worden begrepen.

Het springende punt in dit verband is dat dit begrijpen niet meer van speculatieve maar van begrijpelijke aard is. De geneeskunde vat de dood in de heldere taal van waarnemingen en lokalisaties. De geboorte van de kliniek betekent aldus het eind van de filosofie, althans van de speculatieve filosofie. Op radicale wijze markeert zij de

feitelijkheid van de menselijke eindigheid. Het is vanuit dit perspectief dat voortaan niet alleen het medisch weten, maar ook de mens zelf zullen worden begrepen.

J.H. van den Berg, wiens historisch-fenomenologische analyses op tal van punten overeenkomsten vertonen met het werk van Foucault, doelt op hetzelfde, als hij spreekt van het verlaten lichaam.⁵³ Ook hij wijst op de grote betekenis van het zichtbaar maken van het onzichtbare, de binnenkant van het lichaam. Hij denkt daarbij aan de ontwikkeling van de röntgentechniek rond de laatste eeuwwisseling. Het door röntgenstralen doorboorde lichaam blijkt leeg. Wat op de eerste röntgenfoto, die van de hand van mevrouw Röntgen, vooral opvalt, is dat er zo weinig op te zien valt. Het subject, de ziel, blijkt het lichaam te hebben verlaten, een ontwikkeling die volgens Van den Berg samenvalt met het verdwijnen van het perspectief uit de schilderijen van Cézanne en Picasso.

De beschouwingen van Foucault en Van den Berg hebben in hun aanschouwelijkheid en overdrijving iets verleidelijks. Zonder moeite kunnen allerlei op zich legitieme bezwaren worden genoemd. Zo is voor het zelfverstaan van de geneeskunde de opkomst van de fysiologie van minstens zo grote betekenis geweest als de anatomie en röntgenologie. Weliswaar keerde daarmee de ziel niet terug, wel evenwel het accent op het organische en levende als tegenwicht tegen het 'anorganische' van de dood, casu quo het dode lichaam. Bovendien zijn er natuurlijk allerlei anti-materialistische stromingen geweest, zoals de psychoanalyse en de psychosomatische geneeskunde, die elk op eigen wijze de ziel haar plaats in de geneeskunde terug poogden te geven.

Toch raken deze tegen-voorbeelden niet de kern. Foucault en Van den Berg beschrijven de geneeskunde op het kardinale punt, namelijk in haar relatie tot de dood. Zij hebben gelijk dat de bezinning op de geneeskunde op dit punt dient aan te vangen. Tegelijk gaan zij juist hier te ver. Foucault en Van den Berg zeggen onzes inziens vooral iets over een geneeskunde die *haar methode verabsoluteert*. Dat er een geneeskunde is die zich van de betrekkelijkheid van de methode bewust is, lijken zij uit te sluiten. In de interpretaties van Foucault en Van den Berg is het lichaam dat wat door de methode van de pathologische anatomie, respectievelijk de röntgenologie zichtbaar wordt. Dat genoemde methoden van abstraherende aard zijn en dat ze bijgevolg slechts een aspect van het levende lichaam laten zien, namelijk het fysisch-chemische, wordt door hen niet verdisconteerd. Dat er altijd geneeskundigen zijn geweest die zich van de betrekkelijkheid van de methodische abstractie bewust zijn geweest, valt uit hun

betoog niet op te maken.

Wat heeft de beschouwing van Foucault te zeggen met betrekking tot de vraag naar de zin? Eerder zagen we dat het vooruitgangsgeloof, voorzover dit als drijfkracht fungeert in het streven naar technische beheersing, schatplichtig is aan het antieke metafysische kennisideaal, dat van de *scientia divina*. Dit kennisideaal bleek nauw verbonden met een verdringing - al dan niet in de vorm van een overwinning - van de dood. Bij Foucault treffen we een andere, tegenovergestelde lijn van denken, een lijn van denken die als *anti-metafysisch* en *naturalistisch* kan worden bestempeld. Als we het goed zien, dan wint deze anti-metafysische en naturalistische tendens vandaag in de geneeskunde steeds meer terrein. Dat gebeurt niet altijd op precies dezelfde wijze, zeker niet altijd op de wijze van Foucault. Diens denken representeert een radicale variant van het anti-metafysische naturalisme en is om die reden meer illustratief dan representatief.⁵⁴

Bij Foucault is de dood niet natuurlijk in de zin van een natuurlijke afsluiting van het leven, zoals in veel populaire boeken over sterven en rouwverwerking. Het gaat bij hem niet om een naturalisme dat dood en leven in één kosmische beweging vat, zoals in de Stoa of in allerlei (neo-)evolutionaire kosmologieën. Evenmin situeert Foucault de dood primair op het niveau van de waarneembare verschijnselen, ook al is hij waarneembaar. Het gaat hem allereerst om de dood als diepestructuur van het medische denken en handelen. De dood is bij hem een tijd-ruimtelijk gebeuren dat weliswaar constateerbaar is, maar dan vooral in zijn wetmatigheid, als feitelijke structuur die tegelijk de voorwaarde is voor een nieuw spreken over de mens. Foucaults systematische en antropologische naturalisme fungeert in epistemische zin als een (quasi-transcendentiaal) apriori dat de medische blik en naderhand iedere kennis van de mens structureert.⁵⁵ Ten aanzien van een dergelijk naturalisme is het eenvoudig zinloos de vraag naar de zin te stellen, omdat die vraag op zich al uitdrukking is van de gedachte dat er nog een werkelijkheid achter de te constateren werkelijkheid bestaat.

Weliswaar gewaagt Foucault in dit verband nog van een geheim:

"De dood heeft zijn oude tragische hemel verlaten en is de lyrische kern van de mens geworden: zijn onzichtbare waarheid, zijn zichtbaar geheim."⁵⁶

Maar dit geheim betreft het feit dat ziekte zich voltrekt in de vorm van individualiteit, als afwijking binnen het afwijkende: iedere ziekte is weer anders en wijkt af van de standaardbeschrijving. De dood en niet het leven geeft de individu zijn uniciteit. Het leven schakelt

gelijk, de dood individualiseert. Prototype is de teringlijder, wiens "borstziekte van precies dezelfde aard [is] als de liefdesziekten: ze [is] hartstocht, leven dus waaraan de dood een niet inwisselbaar gezicht geeft".⁵⁷

Foucaults vergelijking, die van een suggestieve schoonheid is, maakt ons er weliswaar op attent dat in zijn beschouwing de dood registers bespeelt die boven het anorganische (fysische) uitgaan. Dat doet echter niet af aan zijn constatering dat de wetmatigheden van de dood feitelijk vaststelbaar zijn. De dood is niet nog iets achter of onder die vaststelbare, wetmatige structuur. We kunnen hier spreken van een naturalisme van de dieptestructuren, een naturalisme dat de vraag naar de zin, als een ten diepste religieuze vraag, terughaalt naar het domein van de empirie, de wetmatige empirie van lokalisaties en tijdsverloop.

Noten bij hoofdstuk I

1. Vgl. D. Callahan, E. Parens, 'The Ends of Medicine: Shaping New Goals', *Bulletin of the New York Academy of Medicine* jg. 72 (1995), pp. 95-117.
2. Vgl. voor een soortgelijke inzet H. ten Have, G. Kimsma, *Geneeskunde tussen droom en drama: voortplanting, ethiek en vooruitgang*, Kampen: Kok Agora 1987, pp. 192-196.
3. Een voorbeeld van ethiek die het primaat bij de ontmoeting tussen arts en patiënt legt, kan men vinden in P. Schotsmans, *En de mens schiep de mens. Medische (r)evolutie en ethiek*, Kapellen: Pelckmans 1989². In dit boek wordt een poging gedaan het geneeskundig handelen te funderen in een ethiek van de aanspreekbaarheid.
4. Merk op dat het onderscheid tussen geneeskunde en geneeskunst in ons betoog dus niet samenvalt met het onderscheid tussen medische wetenschap en klinische praktijk. Geneeskunde omvat zoals gezegd beide, wetenschap en praktijk. De achtergrond hiervan is dat wij het in dit verband nogal eens gehanteerde onderscheid tussen *art* (kunst) en *science* (wetenschap, kunde) slechts gedeeltelijk van toepassing achten op het medisch handelen; en wel omdat de klinische praktijk aspecten van zowel kunst als (wetenschappelijk geïnformeerde) kunde heeft. Dat wij desondanks in gevallen waarin de klinische praktijk in een pregnante zin bedoeld is, de term geneeskunst gebruiken, moet worden gezien als een verweer tegen de momenteel sterke tendens om het 'art'-aspect uit de geneeskunde te elimineren. Geneeskunde is volgens velen 'clinical science'; ze dient op empirische evidentie te zijn gebaseerd (*evidence based medicine*) en zo min mogelijk een beroep te doen op glibberige zaken als ervaring en intuïtie. Ervaring en intuïtie kunnen ons inziens evenwel nooit uit het klinisch handelen worden geëlimineerd, ook al gaat dit handelen daarin niet op.
5. Uitgezonden op 30-12-1990, Nederland 3.
6. Voor een bespreking vanuit christelijk standpunt zie: E.C. van Balen et al. *Mag ik alternatief behandeld worden?*, Leiden: Groen 1993.
7. A.S. Lyons & R.J. Petrucelli, *Medicine. An illustrated history*, New York: Adams 1978,

- pp. 19-151.
8. Vgl. H. Visser, *Religion und soziales Leben bei den Naturvölkern. II, Die Hauptprobleme*, Kampen: Kok 1911, pp. 447-470; en H. Schipperges, 'Anthropologien in der Geschichte der Medizin', in: H.-G. Gadamer, B. Vogler (eds.), *Neue Anthropologie. II, Biologische Anthropologie*, Stuttgart: Georg Thieme Verlag 1972, pp. 179-214; in het bijzonder pp. 181-182.
 9. P. Lain Entralgo, *Heilkunde in geschichtlicher Entscheidung*, Salzburg: Otto Müller Verlag (z.j.), pp. 23-47.
 10. Lain Entralgo *a.w.*, pp. 48-53; Lyons & Petrucelli *a.w.*, pp. 185-195.
 11. R. Heyne, 'Christendom en geneeskunde', in: J.H. Hagen, *Geloven in gezondheidszorg*, Lochem: De Tijdstroom 1982, pp. 63-69.
 12. R. Heyne *a.w.*, p. 81.
 13. R. Heyne *a.w.*, pp. 70, 81.
 14. A.S. Lyons, R.J. Petrucelli *a.w.*, p. 286; R. Toellner (red.), *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Deel 2, Salzburg: Andreas & Andreas Verlagsbuchhandel 1986, pp. 756-757.
 15. Gesproken werd bijvoorbeeld over gevaarlijke gezondheid (*sanitas perniciosa*) en over heilzame ziekte (*infirmitas salubris*). Vgl. D. von Engelhardt, 'Das Verständnis von Gesundheit und Krankheit in den europäischen Kultur', in: K. van Bonn (ed.), *Dokumente Deutschen Evangelischen Kirchentag Ruhrgebiet 1991*, München: Chr. Kaiser 1991, pp. 782-792.
 16. H. Schipperges *a.w.*, pp. 190-191.
 17. Vgl. Mattheüs 25:35-46.
 18. R. Heyne *a.w.*, p. 86; H. Schipperges *a.w.*, p. 191.
 19. R. Toellner *a.w.*, p. 786.
 20. Overgenomen uit: P. Lain Entralgo, 'Das Christentum und die Medizinische Technik', in: *Arzt und Christ* jg. 6 (1960), pp. 129-140, waaraan deze paragraaf schatplichtig is.
 21. Vgl. J. Duns Scotus, *Contingentie en vrijheid. Lectura I, 39* (ingeleid, vertaald en van commentaar voorzien door A. Vos Jaczn, H. Veldhuis, A.H. Looman-Graaskamp, E. Dekker & N.W. den Bok), Zoetermeer: Meinema 1992, pp. 109-143.
 22. H. Jochemsen, 'Scheppingsgedachte en causaliteit', *Radix* jg. 21 (1995) nr. 2, pp. 90-106.
 23. P. Lain Entralgo, 'Das Christentum und die Medizinische Technik'. *Arzt und Christ* jg. 6 (1960), pp. 129-140.
 24. J. le Goff, *De intellectuelen in de middeleeuwen*, Amsterdam: Wereldbibliotheek 1989 (oorspronkelijke uitgave 1957), pp. 88-98.
 25. Vgl. E. Dijksterhuis, *De mechanisering van het wereldbeeld*. Amsterdam: Meulenhoff 1950.
 26. Klassiek is hier R. Descartes, *Discours de la Méthode* (1637), in: *Oeuvres de Descartes: publiées par Charles Adam & Paul Tannery*, Paris: L. Cerf 1897-1910, Tome VI.
 27. A.S. Lyons, R.J. Petrucelli *a.w.*, pp. 19-151. Vgl. ook H. Schipperges *a.w.*, pp. 179-214; i.h.b. pp. 181-182.
 28. A.S. Lyons, R.J. Petrucelli *a.w.*, p. 429-431; wel moet worden beseft dat de iatrochemici zelf bij de interpretatie van chemische reacties evenals Paracelsus teruggrepen op het gedachtegoed van de alchimie.
 29. E. Seidler, 'Abendländischen Neuzeit', in: H. Schipperges, E. Seidler, B.U. Unschuld (eds.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, München: Alber 1978, pp. 303-341, i.h.b. p. 324. Opvallend is dat in dezelfde 19e eeuw in het Duitse taalgebied een door de Romantiek beïnvloed natuurfilosofisch denken opgeld deed, waarin een integralere benadering van de mens werd voorgestaan en waarbij ook beschouwingen gewijd werden aan de mogelijkheid tot zingeving van ziekte en lijden in een biografische benadering; vgl. H. Schipperges *a.w.*, pp. 199-202.

30. E. Seidler *a.w.*, pp. 324-326.
31. D.M. Levin, G.F. Solomon, 'The discursive formation of the body in the history of medicine', in: *Journal of Medicine and Philosophy* jg. 15 (1990), p. 533.
32. H. ten Have, 'Medicine and the cartesian image of man', in: *Theoretical Medicine* jg. 8 (1987), pp. 235-46.
33. Dit model impliceert niet alleen een dualisme tussen lichaam en geest (Cartesiaans mensbeeld), maar ook tussen de mens en zijn natuurlijke en sociale omgeving; vgl. Levin en Solomon (*a.w.*, 1990). Belau heeft betoogd dat laatstgenoemd dualisme aan de moderne geneeskunde haar individualistische en reparatieve karakter heeft gegeven. Deze benadering besteedt weinig aandacht aan natuurlijke en sociale omgevingsfactoren die ziekte kunnen bevorderen of voorkomen; vgl. H. Belau, 'Oekologie - Gesundheit - Medizin - Oekologische Gesundheitsstrategie', in: *Gesundh.-Wesen* jg. 54 (1992), pp. 284-296. Tegelijkertijd kunnen we constateren dat naast het overheersende wetenschappelijke medische model andere benaderingen naar voren zijn gebracht (vgl. Seidler *a.w.*, 1978). In de loop van de twintigste eeuw heeft de psycho-somatische geneeskunde het machine-model in de medische hoofdstroom gematigd en aangevuld, vooral in huisartseneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde. Recenter zijn andere, meer holistische concepten van geneeskunde voorgesteld (bijv.: L. Foss, 'The challenge to biomedicine: A foundation perspective', in: *Journal of Medicine and Philosophy* jg. 14 (1989), p. 165-191 en D. Levin, G. Solomon, *a.w.*, 1990; zie ook: H. Balner, *A New medical model: a challenge for biomedicine?* Publication of the Helen Dowling Institute for Biopsychosocial medicine. Amsterdam/Rockland M.A.: Swets & Zeitlinger 1990. Tot nu toe hebben deze alternatieven het overheersende model in de medische opleidingen, noch in de medische praktijk in algemene ziekenhuizen kunnen vervangen. Eén van die nieuwe concepten is een systeem-theoretische benadering van ziekte, geneeskunde en gezondheidszorg-beleid (vgl. voor een overzicht Belau, 1992; zie ook S. Strijbos, *Het technische wereldbeeld*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988).
34. C. Delkeskamp-Hayes, 'Is medicine special, and if so, what follows?: an attempt at rational reconstruction', in: C. Delkeskamp-Hayes, M.A. Gardell Cutter (ed.), *Science, Technology, and the Art of Medicine. European-American Dialogues* (series Philosophy and medicine vol. 44), Dordrecht: Kluwer Academic Publishers 1993, pp. 271-319.
35. H. ten Have, G. Wackers, 'In de greep van de medische technologie', in: *Wijsgerig Perspectief* jg. 28 (1987/8) nr. 3, pp. 890-895.
36. Vgl. J. Goedegebuure (red.), *Het verdeelde lichaam. Ervaring en verbeelding van lichamen in een gefragmenteerde cultuur*, Baarn: Gooi en Sticht (z.j.); en G. Glas, 'Lichaam, lichaamsbeeld en lichaamsideaal', in: *Beweging* jg. 59 (1995) nr. 3, pp. 80-83.
37. Zie ook P. Tijmes, 'De fuik van wetenschap en techniek', in: P. Kockelkoren (red.), *Boven de groene zoden - Een filosofische benadering van milieu, wetenschap en techniek*, Utrecht: J. van Arkel 1990, pp. 107-121.
38. Vgl. R. Gronemeyer, *Ohne Seele, ohne Liebe, ohne Hass*, Düsseldorf: Econ Verlag 1992, pp. 222-227.
39. R. Boehm, *Kritiek der grondslagen van onze tijd* (vertaling uit het Duits van *Kritik der Grundlagen des Zeitalters* [1974], door W. Coolsaet), Wereldvenster: Baarn 1977, pp. 34vv.
40. Boehm *a.w.*, pp. 45vv.. De passages bij Aristoteles waar het betoog van Boehm betrekking op heeft, zijn te vinden in de eerste twee hoofdstukken van het eerste boek van de *Metaphysica* en in het zevende hoofdstuk van het tiende boek van de *Ethica Nicomachea*.
41. Denk slechts aan Descartes' verwijzing naar gedachten die helder en onderschei-

- den (*claires et distinctes*) zijn en aan Kants kritiek van de zuivere (*reine*) rede.
42. Zo bijvoorbeeld Karl Löwith, die betoogt dat het moderne vooruitgangsgeloof een secularisering inhoudt van het geloof in de goddelijke voorzienigheid; K. Löwith, *Weltgeschichte als Heilsgeschehen. Die theologischen Voraussetzungen der Geschichtsphilosophie*, Stuttgart: Kohlhammer 1953 [1973⁶].
 43. Naast de gedachte van kennen als uitzuiveren en het vooruitgangsgeloof als geseculariseerde variant van de christelijke heilsverwachting is er nog een derde kenmerkend aspect: de idee van de maakbaarheid van het bestaan. Kennen impliciert in de Nieuwe Tijd niet alleen ontwerpen, maar ook 'maken'. Belangrijk is hier met name de Industriële Revolutie geweest. Deze zorgde voor de technische verwerkelijking van wat voorheen op papier was uitgedacht.
 44. De Amerikaanse arts-ethicus Howard Brody verbindt dit thema van de humanere geneeskunde uitdrukkelijk met het thema van de macht van de arts die voornamelijk is gebaseerd op de medische macht. Hij stelt dat een medische ethiek die voorbijgaat aan die macht van de geneesheer, niet (geheel) adequaat is voor de moderne geneeskunde; zie: H. Brody, *The healer's power*, London/New Haven: Yale University Press 1992. Een antwoord op de vraag of zijn oplossing adequaat is, zou ons hier te ver voeren.
 45. Dit wordt treffend uitgedrukt in de titel van het boek: *De dood in beheer*, waarin diverse bijdragen als uiting van dat streven kunnen worden gezien. R.L.P. Berghmans, G.M.W.R. de Wert, C. van der Meer (red.), *De dood in beheer. Morele dilemma's rondom het sterven*. Reeks Gezondheidsethiek nr. 6, Baarn: Ambo 1991.
 46. In: S. Strijbos (red.), *De medische ethiek in de branding: een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, Lindeboomreeks dl. 1, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1992, p. 36.
 47. Zie bijvoorbeeld A. Oderwald, *Geneeskunde, kritiek en semiologie*, Acco: Leuven/Amersfoort 1985, pp. 204-210.
 48. Vgl. G. Scherer, *Das Problem des Todes in der Philosophie*, Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1979, o.m. pp. 19vv., 31vv..
 49. M. Foucault, *Geboorte van de kliniek: een archeologie van de medische blik* (vertaling van *Naissance de la clinique. Une archeologie du regard médical* [vertaald uit het Frans door P. Klinkenberg en H. Hoeks, Paris: Presses Universitaires de France, 1963] SUN: Nijmegen. Wij citeren uit de vertaling.
 50. Foucault *a.w.*, p. 195.
 51. Foucault *a.w.*, p. 181.
 52. Foucault *a.w.*, p. 183.
 53. J.H. van den Berg, *Het menselijk lichaam II. Het verlaten lichaam*, Callenbach: Nijkerk 1960, p. 307.
 54. Voor een uitgebreidere beschouwing van de discrepanties en de ontwikkelingen in het denken van Foucault H. Zwart, *Ethische consensus in een pluralistische samenleving. De gezondheidsethiek als casus*, Amsterdam: Thesis Publishers 1993, pp. 24vv., 266vv., 308vv.
 55. Het denken van Foucault wordt gewoonlijk als structuralistisch getypeerd. Zijn methode richt zich op de diepstructuur van het denken in een bepaalde periode en op breuken in die diepstructuur. Zelf duidt hij die methode aan met de term archeologie. In epistemologische zin is die typering adequaat. In antropologische en systematisch-wijgerige zin schiet zij evenwel tekort en dient te worden gewezen op Foucaults hang naar het naturalisme.
 56. Foucault *a.w.*, p. 214.
 57. Foucault *a.w.*, p. 214.

De nood verlicht

Christelijke visie op menszijn en geneeskunst in een geschonden wereld

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk zagen we dat de geneeskunst niet maar een moreel neutraal geheel van kennis en technieken is. Het is een complexe handelingsamenhang, dat wil zeggen een geheel van kennis, overwegingen, ervaring, technieken. In dit samenhangend geheel zelf liggen reeds waarden en normen opgeslagen. De geneeskunde en de gezondheidszorg zijn niet een moreel neutraal instrument dat naar believen van gebruiker moreel goed of moreel onjuist gebruikt kan worden. Ze zijn dragers van een bepaalde moraal, die zich in de loop van de geschiedenis heeft gevormd en ook heeft gewijzigd. In het *medische handelen spelen namelijk onvermijdelijk opvattingen* omtrent zin van leven en dood, van ziekte en lijden en van het medische handelen zelf een sturende rol. Ze sturen de praktijkuitoefening en de ontwikkeling van de gezondheidszorg in een bepaalde richting.

Binnen het reformatorische wijsgerig denken wordt in de analyse van sociale verbanden wel onderscheiden tussen 'structuur' en 'richting'.¹ De structuur heeft dan betrekking op het geheel van normen die voor een bepaald verband of institutie gelden. 'Richting' duidt op het levensbeschouwelijk bepaalde verstaan van een bepaalde activiteit of geheel van activiteiten en van de wijze waarop mensen de normen die daarbij worden gehanteerd, interpreteren en uitwerken. Bestudering van een bepaald sociaal verband vereist een analyse van zowel 'richting' als 'structuur' ervan. De aangeduide opvattingen omtrent ziekte, lijden en dood behoren zo tot de 'richting' van de medische praktijkbeoefening in een bepaalde historische situatie. In het eerste hoofdstuk bespraken we de overheersende invulling van die begrippen en daarmee de overheersende richting van de huidige geneeskunde. In dit hoofdstuk zullen wij vanuit een christelijke geloofs- en levensovertuiging ingaan op de vraag naar de zin van de geneeskunde in relatie tot een duiding van gezondheid, ziekte en dood. Dit betreft dan ook de richting van de medische praktijk zoals wij die in grote lij-

nen voorstaan. In het volgende hoofdstuk zullen we nader ingaan op de normatieve structuur van de medische praktijk.

2. Geschapen naar Gods beeld

In het geheel van de schepping neemt de mens een bijzondere plaats in. De mens is geschapen naar het 'beeld van God' (Genesis 1:26). De uitdrukking 'naar het beeld van God' heeft zowel een ontologische als een teleologische betekenis. Anders uitgedrukt: het gaat zowel over de wijze waarop God de mens geschapen en bedoeld heeft als over de bestemming van de mens in de betrekking tot God. De relationele en de ontische dimensies zijn onontwaaarbaar met elkaar verflochten, omdat de mens zich ontwikkelt in relaties: tot God Zelf, tot de eveneens door Hem geschapen naaste, en tot de aarde (vgl. Jesaja 24).²

Dit geschapen zijn naar het beeld Gods verleent de menselijke persoon een bijzondere waardigheid, een 'dignitas aliena', een 'vreemde' waardigheid die hem wordt toegekend! Deze waardigheid is onvervreemdbaar, onverwoestbaar en onopgeeflijk. Want het is geen eigenschap van de mens-op-zichzelf, maar het is een waardigheid die wortelt in het door God benoemd en tot aanzijn geroepen zijn. Door deze aanspraak wordt de mens tot aanzijn geroepen en wordt hij tot een Gij, tot een unieke persoon die waardig is om Gods stem te horen en Gods vertegenwoordiger te zijn op aarde. Datgene wat een mens tot mens maakt zit dus niet eenzijdig in een bepaalde dimensie of in bepaalde vermogens als communicatie of zelfbewustzijn, maar in de aanspraak en de bedoeling van God met ieder mensenkind. En dit betreft de hele mens en de mens als geheel.³

Een mens wordt dan ook niet tot persoon door de ontwikkeling van vermogens en relaties. Een mens ontwikkelt zich *qualitate qua* als persoon, hetgeen zich manifesteert in bepaalde vermogens en relaties; een ontwikkeling die zich in individuele personen in meerdere of mindere mate en door ernstige beschadigingen soms nauwelijks voordoet.⁴

Hiermee komen we tot een centraal thema voor iedere bezinning op geneeskunde en medische ethiek, namelijk dat de mens in deze gebroken wereld ziek kan worden, gehandicapt kan zijn, lijden ervaart en sterft. Iedere opvatting omtrent geneeskunde en medische ethiek hanteert impliciet of expliciet een bepaalde visie op ziekte en dood.⁵

3. Ziekte, lijden en dood als vormen van kwaad

3.1 *De vraag naar de zin*

We willen niet verhelen dat met de vraag naar de zin van lijden en dood een wel heel gevoelige materie aan de orde is gesteld.⁶ Door de eeuwen heen is de vraag naar de zin van het lijden immers verbonden geweest met het streven Gods almacht en goedheid te rijmen met het kwaad dat ons in lijden en ziekte tegemoet komt. We doelen hier op de theodicee, de poging het Godsbestuur inzake het kwaad filosofisch en/of theologisch te rechtvaardigen.

In deze paragraaf zullen we aansluiting zoeken bij het werk van Augustinus en dan vooral zoals die in de reformatorische geloofstraditie is uitgewerkt. In deze traditie worden ziekte, lijden en dood (mede) in een ethische en religieuze zin begrepen. Daarmee wordt weerstand geboden tegen een psychologisering van de zinervaring, als zou die ervaring louter betrekking hebben op subjectieve gevoelens van betekenisvolheid en betekenisloosheid. Zeker staat de zinervaring niet los van gevoelens en emoties. Zij reikt evenwel dieper. Ze weerspiegelt het antwoord op ultieme vragen aangaande doel, bestemming en samenhang van het menselijk leven.⁷

De reformatorische traditie heeft zich ten aanzien van een theoretisch-denkende rechtvaardiging van Gods handelen altijd huiverig getoond. Iedere poging het kwaad en haar oorsprong te begrijpen draait uit op een rechtvaardiging van het kwaad, meende zij. En wie het kwaad theologisch of filosofisch tracht te rechtvaardigen doet tekort aan de menselijke schuld.

Het denken staat hier voor een grens. Wie aan het kwaad een eigen oorsprong toekent, doet tekort aan de goddelijke almacht. Omgekeerd leidt de gedachte dat het kwaad direct of indirect aan de goddelijke wil ontspruit tot de ongerijmdheid dat er tweeërlei wil in God is, een wil ten goede en een wil ten kwade.

Alvorens hier nader op in te gaan, zal worden stilgestaan bij het bijbelse spreken over lijden, ziekte en dood. Dit spreken dient te worden geplaatst tegen de achtergrond van de vloek die God over de mens en de schepping waarin hij leeft, heeft afgekondigd. Wanneer in het eerste bijbelboek de geschiedenis van Eva's vergrijp is getekend en beiden, Adam en Eva, vol schaamte voor God verschijnen, kondigt God een straf aan. We lezen hierover het volgende:

"Tot de vrouw zeide Hij: Ik zal zeer vermeerderen de moeite uwer zwangerschap; met smart zult gij kinderen baren en naar uw man zal uw begeerte uitgaan, en hij zal over u heersen. En tot de mens zeide Hij: Omdat gij naar uw vrouw hebt geluisterd en

van de boom gegeten, waarvan ik u geboden had: Gij zult daarvan niet eten, is de aardbodem om uwentwil vervloekt. Al zwoegende zult gij daarvan eten zolang gij leeft, en doornen en distelen zal hij u voortbrengen en gij zult het gewas van het veld eten; in het zweet uws aanschijns zult gij brood eten, totdat gij tot de aardbodem wederkeert, omdat gij daaruit genomen zijt; want stof zijt gij en tot stof zult gij wederkeren" (Genesis 3:17-19).

Wanneer eeuwen later de Prediker, koning over Israël te Jeruzalem, de rekening opmaakt, horen we dezelfde klanken:

"Toen ik mij nu wendde tot alle werken die mijn handen hadden gewrocht, en tot het zwoegen waarmee ik mij had afgetobd om die te volbrengen - zie, alles was ijdelheid en najagen van wind, en er is geen voordeel onder de zon" (Prediker 2:11).

Heel het bestaan is volgens de Prediker één vermoeiende kringloop, die in het teken staat van de vergetelheid:

"Het ene geslacht gaat en het andere geslacht komt, maar de aarde blijft altoos staan." (...) *"Wat geweest is, dat zal er zijn, en wat gedaan is, dat zal gedaan worden; er is niets nieuws onder de zon. Is er iets, waarvan men zegt: Ziehier, dat is nieuw - het was er al in verre tijden, die vóór ons waren. Er is geen heugenis van de vorige tijden, en ook van de latere, die er zullen zijn, zal er geen heugenis wezen bij hen die nog later leven zullen."* (Prediker 1:4, 9-11).

Bij de apostel Paulus treffen we gelijkkluidende formuleringen, bijvoorbeeld wanneer hij zegt dat de schepping "aan de vruchteloosheid onderworpen [is]", "dienstbaar [is] aan de vergankelijkheid" en "in al haar delen zucht en in barensood is" (Romeinen 8:20-22). Kortom, de vloek lijkt op een web dat de mens gevangen houdt in moeiten, vergeefsheid en neergang.⁸

Blijkens het Genesis-citaat legt de vloek een verband tussen de overtreding (de zonde) en de dood: "...stof zijt gij en tot stof zult gij wederkeren".⁹ In de desbetreffende passage worden de smart (van de vrouw), het zwoegen en de dood in één adem genoemd. Het is dan ook niet vergezocht ziekte eveneens als manifestatie van de vloek op te vatten.

We vergeleken de vloek zojuist met een web dat de mens gevangen houdt. Dat suggereert dat de vloek overmachtig is, zodat de mens geen verweer heeft. Toch mag niet worden vergeten dat de vloek in het bijbelse spreken wordt losgemaakt en in beweging gezet door

concreet aanwijsbare zonden. Dat geldt niet alleen voor de eerste overtreding. Men leze bijvoorbeeld de brede verhandeling over de vloek in Deuteronomium 28. De mens haalt de vloek over zich heen. Deze is geen noodlot, maar het gevolg van menselijke keuzen: "...het leven en de dood stel ik u voor, de zegen en de vloek; kies dan het leven, opdat gij leeft, gij en uw nageslacht..." (Deuteronomium 30:19).

Vaak heeft men hierom in christelijke kring ziekte opgevat als straf op persoonlijk begane zonden. Zeker komt ook dit aspect in het bijbelse spreken naar voren. Gehazi wordt met melaatsheid gestraft, nadat hij tegen de bedoeling van Elia toch geschenken van Naäman heeft aangenomen (2 Koningen 5). Ook zijn er voorbeelden van collectieve bestraffing. Zo worden de Filistijnen met builen geslagen nadat zij de Ark van het verbond hebben buitgemaakt. En in de gemeente van Corinthe zijn velen naar het woord van de apostel Paulus zwak en ziekelijk vanwege de zonden aan het avondmaal (1 Corinthiërs 11:30).

Toch kan niet worden gezegd dat de Bijbel de zieke aanmoedigt om terug te redeneren tot er een concreet aanwijsbare zonde is gevonden. Telkens komen we ook andere accenten tegen. Wanneer bij de genezing van de blindgeborene de discipelen vragen wie er wel gezondigd kan hebben, antwoordt Jezus:

"Noch deze heeft gezondigd, noch zijn ouders, maar de werken Gods moesten in hem openbaar worden" (Johannes 9:3).

Ziekte en genezing staan hier in het teken van de zelfopenbaring van God. Iets dergelijks lezen we bij de opwekking van Lazarus, waar Jezus nog vóór de opwekking zegt:

"... en het verblijdt Mij om u, dat ik daar [namelijk bij Lazarus' sterven] niet geweest ben, opdat gij tot geloof komt" (Johannes 11:15).

De genezing van Lazarus wijst heen naar de majesteit van Hem die straks zelf uit de dood zal opstaan en eens al zijn kinderen zal opwekken.

Voor de gelovige is ziekte geen teken van vervloeking meer, want Christus heeft de vloek gedragen. Wel kan ziekte de gelovige op de proef stellen. Ook hier moeten we evenwel voorzichtig zijn. Weliswaar herinnert ziekte aan de menselijke schuld en moet ze geplaast worden tegen de achtergrond van de vloek over de schepping. Maar de Bijbel geeft geen kant en klare antwoorden op de zinvraag, althans indien deze verstaan wordt als vraag naar de oorsprong van ziekte en

lijden. Ziekte houdt ook in het bijbelse spreken iets ondoorgrondelijks. Hier lijkt de zingeving te verstommen. Zwijgen lijkt passender dan het voor de hand liggende, op menselijke maat gesneden antwoord.¹⁰ God gaat met ieder mens een eigen weg. Veelzeggend in dit verband is de geschiedenis van Job, waarvan we de betekenis voor ons betoog in enkele hoofdpunten samenvatten.

Job en zijn vrienden zijn geneigd het lijden dat Job treft te plaatsen in het teken van de schuld. Ze doen dat evenwel vanuit hun beperkte, menselijke interpretatie van het gebeurde. Hun gesprek lijkt hoe langer hoe meer op een rechtsgeding, maar dan naar menselijke maat. Jobs vrienden spraken "niet recht" van God, toen zij redeneerden dat God altijd rechtvaardig is en dat Jobs ellende dus wel teruggevoerd móet worden op persoonlijke zonden. Het ging uiteindelijk om dingen die Job en zijn vrienden "te wonderbaar" waren (Job 42:1-7).

Het is hier, in de situatie waarin de vrienden rusteloos zoeken naar een 'oorzaak' en Job voor zijn onschuld pleit, dat de satan zijn macht ontplooit. Het scheelt maar een haar of de rollen worden omgekeerd en God wordt zelf gedaagd. Tegelijkertijd behaalt de satan niet de overwinning doordat Job diens aanklacht - Job dient God omdat hij daar beter van wordt - met zijn optreden weerlegt.

Centraal in het verhaal staat evenwel de macht van God die de macht van de satan verre overtreft. Die macht blijkt uit de superieure wijze waarop God zijn keuze voor Job laat blijken. Geconfronteerd met deze goddelijke keuze wordt de macht van het kwaad (de satan) gebroken en verliest de aanklacht haar recht. En ook Job, hoewel hij God niet had losgelaten, moet erkennen dat hij God nog maar oppervlakkig kende.

Jobs geschiedenis laat zien dat ziekte en lijden niet het laatste woord hebben. Het kwaad wordt overmachtig waar de mens zich in eigen bedenkensels verstrikt en God niet meer ziet zoals Hij is. Dat laatste is de wezenlijke schuld van de mens; een schuld die in haar diepte en omvang niet eens te peilen is, maar wel beleden kan worden.

De vraag naar de zin van ziekte en lijden heeft zo bezien iets huiveringwekkends. Gesteld voor die vraag lijkt de mens geneigd tot zelfverhulling of tot zelfverheffing. Tegelijk doen ziekte en lijden een appèl op geloof in Gods verlossende kracht. Die kracht maakt ons vrij en geeft ons ruimte om het leed van anderen en onszelf te dragen, een plaats te geven en waar mogelijk te verlichten, onder andere met medische zorg. Voordat we dit verder uitwerken, willen we nader ingaan op het bijbelse spreken over de dood, met name voor zover dat van betekenis is voor een visie op geneeskunst.

3.2 Duidingen van de dood

In een christelijke levensovertuiging kan de dood gezien worden onder (tenminste) drie gezichtspunten: als grens, als tegenstander, vaak verbonden met het oordeel, en als doorgang.¹¹

Als schepsel dat de gevolgen ondervindt van de verstoring van de verhouding met God, is de mens, evenals de dieren, vergankelijk. De dood stelt een grens aan het leven op aarde. Dit grenskarakter van de dood heeft twee implicaties: het benadrukt de eindigheid en de eenmaligheid van het menselijke leven.

De filosoof Hans Jonas, heeft betoogd dat de dood, verstaan als eindigheid, een zegen is in de zin dat het voorwaarde is voor de komst van nieuwe generaties die met nieuwe initiatieven de vorige kan opvolgen. Alleen zo kan het vastlopen van de historische menselijke ontwikkeling in routine en verveling worden voorkomen. De sterfelijkheid, niet een 'voortijdige' dood, is in de huidige omstandigheden ook voor het individu een zegen. Heel lang voortleven zou het meenemen van het almaar groeiende verleden onmogelijk maken en de mens óf in zijn verleden doen opgaan óf het verlies vereisen van herinneringen en daarmee van identiteit.¹²

Inderdaad zijn eindigheid en de sterfelijkheid nu kenmerkend voor het lichamelijke bestaan. Strikt vanuit dit gezichtspunt bezien kan het sterven van de mens een 'natuurlijk' proces worden genoemd.¹³ In tegenstelling tot de dieren heeft de mens ook weet van zijn sterven, al blijkt in de praktijk vaak de neiging te bestaan de dood te verdringen. Hiertegen noemt de Bijbel het weet hebben en onder ogen zien van eigen sterfelijkheid: wijsheid! De dichters van Psalm 39 en van Psalm 90 vragen dan ook om "Kennis van de mate mijner dagen, opdat ik een wijs hart bekom". Deze wijsheid van het erkennen van de doodsgrens en de daaruit voortvloeiende eindigheid van het leven houdt ondermeer in dat een eindeloos voortleven niet het doel kan zijn van de geneeskunde.¹⁴ Deze dient zich niet te richten tegen de sterfelijkheid van de mens als zodanig. Waar dit (heimelijk) toch gebeurt, ontardt de geneeskunst (zie ook § 5.2).

De dood als grens benadrukt ook de eenmaligheid van het leven en geeft het daarmee ook een ernst en een betekenis die het anders niet zou hebben. Als het leven haast eindeloos zou voortduren zou iedere poging iets tot stand te brengen herhaald kunnen worden en daardoor zijn klem verliezen. De eenmaligheid van het leven met de dood als grens maakt deze ook tot iets ongrijpbaars. Ik kan mijn eigen dood als mijn einde niet *begrijpen*, want zodra ik mij mijn einde tracht in te denken, is er nog dit denkend ik dat nu juist in de dood zijn einde zou vinden.

Reeds dit ongrijpbare en paradoxale in de ervaring van de dood als grens, wijst erop dat de dood niet alleen een grens is en dat het leven dus niet alleen kan worden gezien als een biologisch, natuurlijk proces. Ziekte, lijden en dood kunnen in hun volle betekenis niet bevredigend worden verklaard als natuurlijke, biologische of kosmische processen. De dood als grens is de verklaring en zingeving vanuit de menselijke ervaring voorbij. Voor een nadere duiding van de dood is de mens op andere bronnen aangewezen. In de godsdiensten heeft de mens gezocht naar wegen om zich met de dood te verstaan, die een plaats te geven in zijn verstaan van het leven. De Bijbel leert, zoals we reeds zagen, dat ziekte, lijden en dood een door menselijke schuld veroorzaakte verwording van de schepping, toonbeeld van 'onnatuur' zijn. Ziekte, lijden en dood zijn op zich on-zinnig, ze vertegenwoordigen de anti-zin, de afbraak, de werkzame ontkenning van de creatuurlijke aard en bestemming van de mens. Zo bezien hoort de dood niet bij het leven. De apostel Paulus noemt haar de laatste vijand (1 Corinthiërs 15:26). De dood is een tegenstander, ze heeft geen plaats in het 'natuurlijk', in de zin van het oorspronkelijk, bestel van de dingen. Zingeving ten aanzien van dood en sterven heeft dan ook iets ridicuuls, althans in zoverre ze gericht is op de dood zelf. In de Bijbel wordt over ziekte en dood dan ook geklaagd en gezocht. Dat gebeurt omdat de dood niet alleen als grens, maar tevens als vijand, want als gericht wordt ervaren. In deze context staat de uitspraak van Paulus in Romeinen 6:23: "...het loon dat de zonde geeft is de dood".¹⁵

De 'grensoverschrijder' wordt een grens gesteld, niet als absoluut einde maar als moment waarop de levensbalans wordt opgemaakt, het leven wordt beoordeeld. Een oordeel hanteert en bevestigt een maatstaf. Zonder maatstaf zou het niet uitmaken hoe een mens leeft. Maar we ervaren allemaal dat dit wel uitmaakt; we hebben een besef en een ervaring van goed en kwaad, van recht en onrecht. Gods oordeel stelt *de* maatstaf van waarheid en van het goede ("Niemand is goed dan God alleen", Marcus 10:18). Omdat geen mens aan die maatstaf voldoet, is vanuit de mens gezien het oordeel dan ook altijd gericht.

Dit verstaan van de dood als oordeel dat uitloopt op gericht betekent dat de dood ten diepste een vijand blijft van het leven. De dood blijft een vijand die niet omarmd mag worden als een vriend. Dit blijft zo, ook wanneer mensen verlangen te sterven (wat nog niet wil zeggen dat ze naar de dood verlangen, ook al wordt dit wel zo gezegd). Opzettelijk doden in de geneeskunst grijpt dan ook vooruit op iets dat de menselijke maat en verantwoordelijkheid te boven gaat.

Maar het gericht is niet de enige manier waarop de Bijbel spreekt over dood en oordeel. De dood moge het leven onder de klem van de eenmaligheid zetten, alleen Gods oordeel kan het leven en het handelen werkelijk betekenis geven. Omdat het oordeel het leven stelt in het licht van Gods maatstaf die past bij de oorspronkelijke bestemming van het leven, schift het oordeel kwaad, onrecht en on-zin en openbaart zo de gegeven zin in het leven. God verbindt in zijn oordeel de waarheid en het goede weer openlijk met de macht, en brengt zo mensen, dingen en gebeurtenissen tot hun bestemming.¹⁶ De dood heeft in schepping en geschiedenis dan ook niet het laatste woord. Gódan citeert een uitspraak van Maarten Luther in diens commentaar op Hebréeën 2:14. Het behoort tot de goddelijke strategie dat de tegenstander (satan) met zijn eigen zwaard omgebracht wordt (suo gladio iugulare).¹⁷ Eerder zagen we iets dergelijks al in de geschiedenis van Job. God maakt van satans poging om Job tot een breuk met Hem te verleiden een demonstratie van zijn heerlijkheid. Hier, in de context van de overwinning van de dood, wil het 'suo gladio iugulare' zeggen dat Christus de dood overwint door zèlf door de dood heen te gaan. De macht van het kwaad wordt daar gebroken waar ze het grootst is, in de dood. Door Jezus' dood en opstanding is er verzoening van schuld, is de dood overwonnen en heeft God in Christus over de machten gezegevierd (Colossenzen 2:15). Alleen in de betrokkenheid op Christus in geloof en navolging kunnen mensen terechtgebracht worden en tot hun bestemming komen. Hiermee verandert de betekenis van de dood. Paulus vergelijkt in 1 Corinthiërs 15 de dood met de lotgevallen van het zaad. Het vergankelijke lichaam is een zaad dat gezaaid wordt. Het sterven is niet het begin van de definitieve afbraak. Zoals het zaad verborgen is in de akker en in de lente ontkiemt, zo zal ook het lichaam in de opstanding worden gewekt in een heerlijker staat. De korrel wordt koren; het vergankelijke en zieke lichaam een verheerlijkt lichaam. De dood is niet het einde, maar de doorgang naar een vernieuwd bestaan waarin Gods bedoeling wordt verwerkelijkt. Er is perspectief voor mens en kosmos. Hiermee is tevens aangegeven hoezeer het lichamelijke bestaan principieel hoort tot het volle menselijke bestaan, terwijl tegelijkertijd het leven in deze gevallen en geschonden wereld wordt gerelativeerd in het licht van de eeuwigheid. Dit aardse leven is niet alles, al is het wel van beslissende betekenis (zie bijv. Romeinen 8:18-30, 1 Corinthiërs 7:29-31, II Corinthiërs 4:16 - 5:10).

Deze visie op de betekenis en toekomst van het lichamelijke bestaan heeft implicaties voor de geneeskunst. Ze houdt in dat ook in de laatste levensfase de mens zoveel mogelijk geholpen moet worden om

zich bewust op het sterven voor te bereiden. Zoveel mogelijk moet worden voorkomen dat deze laatste fase volledig door medische technologie en activiteit wordt overheerst. Medische mogelijkheden dienen in de stervensfase eerder de gelegenheid te bieden om zich op het sterven voor te bereiden en afscheid te nemen en dergelijke, dan het leven tot het uiterste te verlengen.¹⁸

Na deze bespreking van noties aangaande menszijn, ziekte, lijden en dood willen we nu nagaan wat de Bijbel zegt over gezondheid. In het laatste deel van dit hoofdstuk willen we in het licht van de Schrift en de christelijke traditie ingaan op de zin van de geneeskunst als een activiteit die staat tussen gezondheid enerzijds en ziekte, lijden en dood anderzijds. Immers, zo stelden we in hoofdstuk I, wil de medische ethiek iet te zeggen hebben dan zal ze moeten ingaan op de verhouding tussen (medische) techniek en de dood.

4. Heling en heil

De bijbelse boodschap van schepping, zonde, verlossing en voleinding is van grote betekenis voor het denken over gezondheid en gezondheidszorg. Sinds de zondeval is er in het leven van de mensheid en van iedere mens een fundamentele geschondenheid en onvolkomenheid. Ziekte, lijden en dood vormen hiervan manifestaties. Toch vormen ze alleen het grootste kwaad als gezondheid en het lichamelijke bestaan als het hoogste goed worden beleefd.¹⁹ Maar het streven naar beheersing van gezondheid en leven met alle menselijke macht en middelen, buiten God om, leidt tot verabsolutering van die middelen en tot een steeds grotere afhankelijkheid ervan (zie hfdst. I, § 9-11). Bovendien brengt zo'n overmatige en eenzijdige concentratie op gezondheid mee dat zowel de zieken als de gezonden steeds moeilijker de zin van het leven zonder gezondheid kunnen ervaren.²⁰ Dit leidt bij mensen met een ziekte of handicap niet zelden tot een gevoel van eenzaamheid, het er niet meer bij horen, niet (meer) meetellen. Terwijl juist het besef gewaardeerd te worden zo belangrijk is voor de mens.

In het christelijke geloof is gezondheid niet het maximale vermogen tot arbeid en genot. In het christelijk leven kan gezondheid gezien worden als het vermogen van de mens om verstoringen op welk vlak van het bestaan dan ook - het lichamelijke, psychische, sociale of geestelijke vlak - tegemoet te treden, af te weren of er mee te leren leven.²¹ En dit dan niet in de zin van een doffe berusting, maar zó dat de mens daardoor niet wordt verhinderd om zijn per-

soonlijke roeping die van Godswege tot hem komt, te verstaan en daaraan te beantwoorden. Of zoals K. Barth het zei: 'Kraft zum Menschsein'.²² Mensen met een ernstige handicap of chronische ziekte kunnen dan op een bepaalde manier 'gezonder' zijn dan lichamelijk kerngezonde mensen die aan hun leven geen, ook voor henzelf als zinnig ervaren, invulling kunnen geven. Een treffend voorbeeld is de bekende Britse natuurkundige Stephen Hawkins die een ernstige spierziekte heeft, maar met grote inzet met gebruikmaking van allerlei hulpmiddelen belangrijke bijdragen aan de natuurkunde heeft geleverd. Overigens ontleent Hawkins daarbij geen kracht en inspiratie aan het geloof in de God van de Bijbel. Voor de gelovige kan op dergelijke wijze gezondheid komen te staan in het kader van het heil. Maar dit is dan niet het heil van een lang en gezond, of zelfs van een productief leven, hoezeer dit op zichzelf ook gewaardeerd mag worden. Heil is hier verlossing tot dienstbaarheid aan God en de naaste. Of, zoals het wel door de joden is gezegd: gezondheid kan dan worden tot een vorm van heiligheid, dat wil zeggen, een leven dat tot zijn bestemming komt door het opvolgen van de Torah van God (vgl. bijvoorbeeld Psalm 119).²³ Gezondheid komt dan te staan ten dienste van ons antwoord - hoe onvolkomen ook - op Gods persoonlijke aanspraak en oproep. Dit betekent dus enerzijds een hoge waardering van leven en lichamelijke gezondheid, maar dan verstaan vanuit het geloof. Anderzijds impliceert het een sterke relativering van gezondheid als vitaliteit, welbevinden, lichamelijke gaafheid en schoonheid als waarden in zich. De betekenis en de waarde van het menselijke leven liggen ten diepste in de relatie met God, die er door het geloof in de Here Jezus Christus weer mag zijn. In dit geloof mogen we ons door God aanvaard weten in ons menselijke en dus ook lichamelijke bestaan. Daarin mogen we dus ook onszelf - niet het verkeerde in ons leven - aanvaarden, met de beperkingen die aan het menszijn in deze wereld eigen zijn.

De hoge waardering voor gezondheid als mogelijkheid tot dienst leidt in het geloof niet tot een verabsolutering ervan. De zin van het leven gaat immers niet verloren door ziekte of handicap en dit behoeft ook niet zo ervaren te worden, want de waarde van het leven hangt niet af van functie of capaciteiten. Ziekte en handicap kunnen in het leven door Gods genade zelfs een betekenis krijgen. Ziekte, aandoeningen en lijden kunnen een mens wijzen op dingen in zijn of haar leven die niet goed zijn. Relatieproblemen, misschien onbeleden schuld tegenover God of een medemens, verkeerde motieven in ons werk, verkeerde gedachten en gevoelens jegens anderen.²⁴ Door de ziekte of aandoening kunnen we het probleem onder ogen zien

en gaan werken aan herstel, verandering, heling. Ziekte kan ons brengen tot grotere afhankelijkheid van God en tot een beter verstaan van wat Hij met ons leven bedoelt. Door ons *uitsluitend* te concentreren op zo snel mogelijke symptoombestrijding en lichamelijk herstel leven we gemakkelijk voorbij aan de boodschap die de ziekte voor ons zou kunnen bevatten (vgl. Johannes 9:3). Dit is wel iets dat de zieke zelf moet leren verstaan; een ander kan hierbij misschien helpen, maar kan het nooit voor de zieke vaststellen. En al de genoemde, mogelijke zinnmomenten in ziekte en lijden kunnen het kwaad daarin nooit afdoende verklaren en rechtvaardigen. De vraag naar het 'waarom', of ook naar het 'waartoe' van een ziekte of aandoening zal vaak niet verstandelijk beantwoord kunnen worden. Veel lijden en vooral 'ontijdige' sterfgevallen houden ook voor de gelovige iets verbijsterends, iets onaanvaardbaars. Misschien moeten we wel zeggen: juist voor de gelovige, omdat die vertrouwen mag dat het kwaad ten diepste al is overwonnen en het toch voortduren ervan iets onbegrijpelijks heeft (vgl. Hebrëeën 2:8, 9). Betekent dit dat niet alleen vanuit de menselijke ervaring, maar ook vanuit het geloof alle zingeving verstomt? Is zwijgen het enige dat rest? Wij menen van niet. Hauerwas stelt terecht dat de stilte, het onuitsprekelijke van het lijden, benoemd mag worden. Hij wijst in dat verband op de betekenis van de klaag- en protest-psalmen. Die psalmen geven stem aan het onuitsprekelijke. Zij stichten gemeenschap waar eerst slechts eenzaamheid wordt ervaren. Er is niets in wat een mens kan bezighouden dat niet voor Gods aangezicht gebracht kan worden. Hauerwas duidt het lijden vanuit een narratief perspectief. Het sprakeloos makende lijden mag verwoord worden en zo deel uitmaken van het verhaal van de omgang tussen God en mens.²⁵ Ook mag de gelovige zich, vaak dwars tegen zijn ervaring in, vasthouden aan de belofte dat God alle dingen doet medewerken ten goede, voor degenen die hem liefhebben (Romeinen 8:28).

Het gegeven dat ziekte en handicap vanuit het geloof een betekenis, zelfs zin kunnen krijgen, betekent niet dat ze op zichzelf goed zouden zijn. We behoren ze tegen te gaan, uit liefde tot de naaste en omdat ze niet behoren tot Gods oorspronkelijke bedoeling met de schepping. In de Bijbel en in het leven van Christus klinkt dan ook een protest op tegen de verwoestende macht van de boze die zich ook manifesteert in ziekte, lijden en dood, terwijl tegelijkertijd wordt beleiden dat niets wat gebeurt zich uiteindelijk aan Gods soevereine leiding onttrekt. In het christelijk geloof en de christelijke barmhartigheid liggen kracht en inspiratie om ziekte en lijden zo veel mogelijk tegen te gaan. In dit kader dient ook de geneeskunde gezien te wor-

den. Hierop gaan we in de volgende paragraaf nader in.

5. Geneeskunst in christelijk licht

5.1 Historische en bijbels-theologische overwegingen

We zagen reeds dat ziekte, lijden en dood manifestaties vormen van de fundamentele gebrokenheid van het menselijke bestaan ten gevolge van de verstoring in de relatie met God. In zijn diepe ervaring van kwetsbaarheid en afhankelijkheid zoekt de zieke en lijdende mens niet alleen naar steun en troost van anderen - dat ook - maar vraagt hij ook naar een helper aan wie hij zich met zijn concrete gezondheidsprobleem of lijden kan toevertrouwen. Iemand die heling, en die in de ervaring van de patiënt zelfs heil, kan bemiddelen. We menen dat de mens als religieus wezen zo'n helper die heling bemiddelt, bewust of onbewust een priesterlijke rol toekent. Ondanks alle ontsporingen waartoe dit in de loop van de geschiedenis tot en met onze moderne cultuur heeft geleid (zie hfdst. I), zit daarin toch een waarheidselement. Namelijk dat ziekte, lijden en dood, kwetsbaarheid en sterfelijkheid niet los staan van de geestelijke, 'bovennatuurlijke' wereld.

Zo werd in het Oude Israël nadrukkelijk een verband gezien tussen het godsdienstige leven met de HERE, en het vóórkomen van ziekten, misoogsten, natuurrampen en dergelijke.²⁶ De Here zegt tegen zijn volk: "Ik, de HERE, ben uw Geneesheer" (Exodus 15:26). De priester vervulde met betrekking tot de volksgezondheid in feite een belangrijke rol, ook al werd dat toen niet in zulke termen verstaan. Hij onderwees het volk in de wetten van God, die ten aanzien van de volksgezondheid een zeer sterke preventieve werking hadden. Hij bemiddelde in liturgie en wetsonderwijs tussen God en volk. Aan de gehoorzaamheid aan de Torah had de Here zijn belofte van zegen verbonden, evenals aan de ongehoorzaamheid de vloek (zie vooral Deuteronomium 29). Zegen en vloek hadden zeker niet in de laatste plaats betrekking op gezondheid en welbevinden, maar dan altijd met inbegrip van het geestelijke, godsdienstige leven. Deze religieuze interpretatie van ziekten en dood nam niet weg dat Israël ook natuurlijke middelen gebruikte in de behandeling van aandoeningen en wonden (II Koningen 20:7; Jeremia 8:22). Deze middelen dienden evenwel niet weggehaald te worden uit de context van het geloof in God als de Heelmeester (II Kronieken 16:12). Nog minder mocht het volk van God genezing zoeken bij andere goden (II Koningen 1:6, 16).

Het Nieuwe Testament verhaalt ons dat Jezus gedurende zijn werk

op aarde vele zieken en gehandicapten heeft genezen. Hierin toonde Hij Gods barmhartigheid jegens mensen in nood. Maar Hij gaf hiermee ook aan dat Hij met zijn werk de verlossing van de hele mens op het oog had, ook van het lichamelijke bestaan. Verder lieten de genezingen en de andere tekenen die Hij deed, ook zien dat die volledige verlossing alleen verkregen kon worden door herstel van de relatie met God door het geloof in Hem. Lichamelijke genezing stond in het kader van het herstel van de relatie met God (zie bijv. Marcus 2:1-12). Ook Jezus bediende zich soms van bepaalde handelingen en materialen bij zijn genezend werk. Maar die dienen niet zozeer te worden gezien als geneesmiddelen in de gebruikelijke zin van het woord, maar eerder als symbolen waarmee Hij de diepere betekenis van zijn tekenen aangaf (zie bijv. Johannes 9:1-4).

Ook in de christelijke kerk tot ver in de Middeleeuwen werden de verbanden tussen geestelijk leven en gezondheid gezien en beleefd en bestond veel aandacht voor verzorging en genezing van de zieke, maar ook van arme en hulpbehoevende mensen. De godsdienstige bejegening van de zieke in handoplegging, zalving, voorbede, gebruik van rituelen werd gecombineerd met geneeskundige behandelingen die men kende.²⁷ Vanuit de Bijbel gezien verdient deze geïntegreerde benadering waardering, ook al kan men vanuit medisch en godsdienstig oogpunt kritiek hebben op de wijze van uitvoering. (Zo kon bijvoorbeeld het gebruik van relikwieën in de latere Middeleeuwen magische trekken krijgen.)

In de Nieuwe Tijd zijn de geestelijke en de medische zorg steeds meer uit elkaar gehaald. (In hoofdstuk I is de cultuurhistorische achtergrond hiervan kort geschetst). Het pastoraat bij de zieken ging zich veelal richten op hulp bij het verwerken van de ziekte en eventueel bij het voorbereiden op het sterven. Het werken aan lichamelijk herstel werd meer en meer aan de geneeskunde overgelaten. Ziekte ging men steeds meer zien als een puur lichamelijke stoornis, die ook door ingrepen op het lichamelijke vlak behandeld moet worden. Door deze rationele en experimentele, maar tegelijkertijd materialistische benadering heeft de geneeskunde op veel punten een geweldig hoge vlucht genomen. Tegelijkertijd kan niet worden ontkend dat naarmate in de geneeskunde zelf voor God en voor geloof geen plaats meer was, velen meer en meer een spanning zijn gaan ervaren tussen het leven uit geloof en de moderne geneeskunde.²⁸ Dit neemt niet weg dat vele christenen de mogelijkheden van de geneeskunde als gave van God hebben beleefd en dat in de voorbede om Gods zegen over het gebruik van de geneeskunde is gebeden en dat de kracht van dat gebed is ervaren. En inderdaad is het in een christelij-

ke visie op geneeskunde van het grootste belang het verband tussen geloof en geneeskunde te blijven zien.²⁹ Juist om het gevaar dat de moderne geneeskunde, ook voor christenen een pseudo-religieus karakter gaat krijgen, te bezweren.

5.2 Systematisch-theologische overwegingen

In een meer systematisch-theologische benadering kunnen we geneeskunst in verband brengen met de vier kernmomenten van de heilshistorie. Dit geeft een kader dat overigens een persoonlijke invulling behoeft in iedere concrete situatie.

De behoefte aan geneeskunde berust op de zondeval, de verstoring van de relatie met God, die ook een verstoring van de schepping meebracht. Toch maakt de geneeskunde gebruik van mogelijkheden in de schepping om ziekten te behandelen. Het kan hierbij gaan om een dieet of het gebruik van genezende eigenschappen van stoffen die in de natuur gevonden of daaruit verkregen kunnen worden. God heeft na de val de wereld niet aan haar lot overgelaten. De geschiedenis na de zondeval lijkt weliswaar onheilsgeschiedenis, maar is ten diepste heilsgeschiedenis omdat God heenwerkt naar zijn heilsrijk (Hebreeën 2:5-10).

Alle goede medische mogelijkheden, iedere genezing en verlichting, of die wordt bemiddeld door christenen of niet, berusten uiteindelijk op het verzoenend en verlossend werk van Jezus Christus (Colossenzen 1). Christus is gekomen om de gevallen schepping te verlossen. Het heil dat Hij heeft bewerkstelligd is dan ook niet verlossing uit de materiële geschapen werkelijkheid, maar verlossing van de volle geschapen werkelijkheid, inclusief de materie. De lichamelijke opstanding van Christus is hiervan bewijs en garantie (vgl. Romeinen 8:18-24; I Corinthiërs 15). Dit houdt ook in dat de geneeskunde niet moet streven naar het overwinnen van beperkingen die met het 'normale' lichamelijke bestaan zijn gebonden. Ook de genezingen van Jezus waren relatief in die zin dat de genezene later weer ziek kon worden en ook is gestorven. Jezus gaf de zieken die Hij genas geen *abnormale fysieke vermogens*. Het is niet eenvoudig, misschien wel onmogelijk exact te definiëren wat 'normaal' is. In elk geval zijn opvattingen daarover mede cultureel en historisch bepaald. Toch functioneert op de achtergrond van het medische handelen altijd een impliciete opvatting over de richting waarin het medische handelen de toestand van de patiënt tracht te beïnvloeden. De geneeskunst heeft dan ook niet zozeer van doen met gezondheid, al fungeert in het medische handelen altijd een impliciet regulatief idee van gezondheid, maar met stoornissen en afwijkingen van het 'normale'

menselijke functioneren. In dit verband verdient de definitie van gezondheid van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) vermelding. Deze luidt: gezondheid is een toestand van algeheel lichamelijk, psychisch en sociaal welbevinden.³⁰ Volgens deze definitie zullen weinig mensen in hun leven gedurende langere tijd gezond zijn. Deze omschrijving kan dan ook wel dienstig zijn als een richtinggevend, een regulatief idee voor het overheidsbeleid ten aanzien van volksgezondheid en welzijn. Maar het wordt gevaarlijk wanneer die definitie gaat functioneren als een beleidsdoel van overheidsbeleid of gezondheidszorg. Dat zou leiden tot een sterke medicalisering van de samenleving. De geneeskunde dient zich evenwel niet te richten op de concrete realisering van een ideaal van gezondheid als grote vitaliteit, schoonheid en volledig welbevinden. Dan wordt het lichaam te zeer gezien als substraat voor de vormgeving (ook letterlijk) van het menselijke bestaan.³¹ Wel dient de geneeskunde *prima facie* ziekten, aandoeningen en pijn zo goed mogelijk te behandelen en te verhelpen. Maar de christelijke visie op leven en gezondheid betekent ook de aanvaarding van de beperkingen die met de lichamelijkheid zijn gegeven, hoezeer die per persoon ook kunnen verschillen. We realiseren ons dat de moderne geneeskunde op verschillende gebieden de hier genoemde grens reeds overschrijdt. We erkennen ook dat uit bovengenoemde regel geen scherpe grens afgeleid kan worden. Toch menen we dat die regel als oriënterend principe voor de geneeskunde van groot belang is, juist om tegen overspannen verwachtingen en een ongenormeerd beheersingsstreven te waken (zie verder hfdst. III, § 3.4).

Vanuit de eschatologie, de voltooiing valt hierop nog weer een bijzonder licht. De voltooiing, de vernieuwing van heel de schepping, die ook de verheerlijking van het lichaam inhoudt, komt immers van God (Romeinen 8, I Thessalonicenzen. 5, II Thessalonicenzen 2, Openbaring 21) en ligt niet in het verlengde van menselijke activiteit. De overwinning over ziekte, dood en vergankelijkheid mag geen doel zijn van de geneeskunde, maar wordt van Godswege geschonken. Wanneer geneeskunde niet van creatuurlijke en ethische grenzen wil weten, dreigt zij vooruit te gaan grijpen op onze eschatologische hoop.

Aan de andere kant werpt deze eschatologische hoop ook een heel positief licht op de geneeskunst. In het bijdragen aan het voorkomen en genezen van ziekten en het verlichten van lijden en sterven wijst zij vooruit naar de voltooiing, richt van het nieuwe Rijk tekenen op, waar "de dood niet meer zal zijn, noch rouw, noch geklaag, noch moeite...." (Openbaring 21:4).

Het komt ons voor dat dit perspectief van grote betekenis is voor de geneeskunde. Men kan menen dat het geneeskundig handelen slechts uitstel van de executie is. De dood wordt slechts verschoven. In zoverre de dood hier niet wordt verhuld, valt deze opvatting te respecteren. Ook mag worden erkend dat de strijd tegen dood, ziekte en lijden een eigen recht heeft. Het leven is zo niet bedoeld. Toch mogen we hier meer zeggen. Het geneeskundig handelen mag zich laten doorstralen door het licht van de verlossing. Ziekte, lijden en dood behoren tot de voorlopigheid van de tegenwoordige tijd. Ten diepste zijn ze al gebroken. Voor de geneeskunde betekent dit dat ze haar handelen mag situeren in het voetspoor van de verlossing.³² Het geneeskundig handelen heeft zo gezien het karakter van een teken: het laat iets zien van het herstelde leven en daarmee van het verband tussen heil en heling (heel-wording). Hoe gebrekkig de geneeskunde deze teken-functie ook vervult, in haar handelen wordt zij uitgenodigd iets te laten zien van het komende Koninkrijk - met alle spanning die daarbij hoort, die van het nog niet herstelde en soms nog niet herstelbare.

6. Besluit

Velen zullen weinig moeite hebben te erkennen dat in het geneeskundig handelen normen en waarden een belangrijke rol spelen. Meestal wordt dan bedoeld op de ethiek. De geneeskunde ziet zich in onderzoek en behandeling gesteld voor allerlei morele vragen en dilemma's. De medische ethiek poogt op die vragen en dilemma's een antwoord te vinden. Dit hoofdstuk heeft duidelijk willen maken dat de medisch-ethische bezinning zich afspeelt tegen de achtergrond van een nog fundamentelere oriëntatie en keuze. Het geneeskundig handelen veronderstelt een positiebepaling ten aanzien van ultieme vragen aangaande ziekte, lijden en dood. Die positiebepaling is ten diepste religieus van aard.

In de traditie waarin wij onze positie kozen bleek de vraag naar de zin van ziekte, lijden en de dood niet zonder meer te kunnen worden beantwoord. Op de keper beschouwd werd die vraag omgebogen, namelijk tot een oproep, tot een appèl op de mens om boven zichzelf uit te reiken. Allerlei betekenismomenten kwamen daarbij naar voren: het pedagogische moment (ziekte als straf, kastijding, beproeving of loutering), het herinneringsmoment (ziekte als herinnering aan de vloek na de eerste overtreding), het moment van schuld aan gene zijde van de menselijke verklaring en zingeving; en het moment van de zelfopenbaring van God. Toch bleven we zeggen dat in de

concrete situatie van ziekte en lijden de vraag naar het waarom vaak niet te beantwoorden is, al deze betekenis momenten ten spijt. Dit betekende niet het vervallen in een doodse stilte, maar in het ter sprake brengen van onze sprakeloosheid in de persoonlijke en gemeenschappelijke omgang met God.

Tegen deze achtergrond kan de geneeskunde vanuit het christelijk geloof een eigen betekenis krijgen, zowel voor het persoonlijke leven als voor het menselijk bestaan in bredere zin. Geneeskunde is dan geen theodicee. Evenmin is ze een pathodicee, een rechtvaardiging van het kwaad dat mensen in ziekte en lijden treft.³³ De theodicee veronachtzaamt het onnaspeurlijke van Gods handelen, de pathodicee het onnaspeurlijke van het kwaad. Beide, Gods handelen en het kwaad, zijn uiteindelijk te groot voor het menselijk bevattingsvermogen. Maar in ons verstaan van de geneeskunde mogen wel zinnomomenten van de heilsgeschiedenis, van Gods handelen in en met deze wereld, naar voren komen. De behoefte aan geneeskunde onderstreept de gebrokenheid van ons bestaan ten gevolge van de zonde. Het bestaan van de geneeskunst, die gebruikmaakt van in de schepping gegeven mogelijkheden, berust op de verlossing van de schepping door Christus en toont Gods barmhartigheid. De praktijk van de geneeskunst mag een heenwijzing zijn naar de voltooiing die zich zal openbaren bij de terugkomst van Jezus Christus.

Excurs: Enkele opvattingen over het kwaad

Oorsprong van het kwaad

Hoe moeilijk het is om hier zuiver te spreken blijkt wel uit de geschiedenis van de opvattingen over het kwaad. We merkten al op dat wie aan het kwaad een eigen oorsprong toekent, buiten God om, tekort doet aan de goddelijke almacht. Anderzijds leidt een rechtstreeks toeschrijven van het kwaad aan de goddelijke wil tot een ontkenning van Gods goedheid. Overzien we de discussie vanuit een historische optiek, dan zijn er minstens een viertal posities te onderscheiden.³⁴

In de manicheïstische visie wordt het kwaad verzelfstandigd. Goed en kwaad zijn in het denken van de Manicheeën gelijkoorspronkelijke en tegen elkaar opwegende krachten. De wereldgeschiedenis is uitdrukking van de voortdurende strijd tussen deze machten. Het kwaad krijgt zo een ontische status en vindt zijn oorsprong in zichzelf.

De platoonse visie is hieraan in zekere zin tegengesteld. Ze vat het kwaad op als het niet-zijnde of ook wel als *deprivatio* (een beroofd zijn, namelijk van het zijn). In de hiërarchie van zijnden staat het

goede aan de top en het kwaad onderaan. Het goede is volheid van zijn, het kwade is een soort niets of leegte; het is dat wat overblijft als het zijn van al zijn kwaliteiten is beroofd.

Een soort tussen-positie treffen we aan in de opvatting die het kwaad ziet als noodzakelijk. Het kwaad is in een beperkte context wel verwerpelijk, maar in het licht van het geheel van de geschiedenis toch noodzakelijk ter verwezenlijking van het goede. In dit verband komt men vaak de idee van het kwaad als contrast tegen. Het kwaad heeft een doel. Het doet het goede in een nog helderder licht verschijnen. Het denken van de 19e-eeuwse filosoof Hegel vormt een uitgesproken voorbeeld van deze denkwijze. Trouwens ook bij Augustinus - die overigens ruim voor zijn bekering enige tijd het manicheïsme aanhing - komen passages voor die naar deze opvatting tenderen.

Het reformatorische denken tenslotte is altijd terughoudend geweest in het verklaren van het kwaad. De formuleringen blijven voorzichtig, bedacht op de positie vanwaaruit wordt gesproken, zowel bij de reformatoren zelf als in de verschillende confessies en bij de latere dogmatici. Wat overweegt is het pastorale motief. Het kwaad dat de mens in ziekte en lijden treft is er "niet bij geval", maar komt uit Gods "vaderlijke hand", opdat "wij" vertrouwen dat "ons geen schepsel van zijn (Gods) liefde scheiden zal" (Heidelbergse Catechismus, zondag 10). Het kwade is in zekere zin groter dan de mens. Geen mens kan het omvatten, ook denkend niet. Maar het wordt overtroffen door Gods goedheid en trekkende liefde. Wie het kwaad tracht te plaatsen in een kille en algemene voorzienigheidsleer gaat te ver op de weg van de rationalisering en vergeet de menselijke positie. Maar dat geldt evenzeer voor wie in verzet tegen een dergelijke voorzienigheidsleer God ter verantwoording roept of voor onmachtig verklaart. Daartoe neigt de geëmancipeerde mens die geen genoegen neemt met de ootmoed die zo nadrukkelijk het spreken van Calvijn en de belijdenisgeschriften beheerst.

Het spreken van de reformatoren over de oorsprong van het kwaad is terughoudend. In feite kan niet meer gezegd worden dan dat de zonde een aanvang neemt bij de overtreding van de eerste mensen. Tegelijk moet opgemerkt worden dat het kwaad ouder is dan de mens. Haar oorsprong ligt echter in het duister. Ten diepste is het kwaad dan ook een raadsel. Berkouwer concludeert dat "de lijn van de bezinning over de zonde niet loopt naar het inzicht in de oorsprong, maar naar de belijdenis van de schuld".³⁵

Het zal duidelijk zijn dat het reformatorische denken zich niet kan vinden in de eerder genoemde opvattingen. Tegenover het mani-

cheïsme houdt ze vol dat het kwaad noch een zelfstandig bestaan heeft, noch een oorsprong heeft buiten het bereik van de goddelijke almacht. Ook de satan is niet zelfstandig ten opzichte van God. Diens leugen parasiteert op de waarheid, zoals reeds in de eerste hoofdstukken van het boek Genesis naar voren komt.

Tegenover de platoonse visie stelt de Reformatie dat het kwaad niet een niet-zijnde is. Het is een reële en ontzagwekkende macht, een kracht van ontbinding. Nog minder mag het kwaad als noodzakelijk worden gezien. Wie dat wel doet, ontlast ten onrechte de menselijke verantwoordelijkheid en poogt het kwade rationeel inzichtelijk te maken, hetgeen onmogelijk is.

Lijden en schuld

We hoorden Berkouwer zojuist zeggen dat de lijn van de bezinning over de zonde niet loopt naar inzicht in de oorsprong, maar naar de belijdenis van schuld. Dit punt moet hier nog wat nader uitgewerkt worden.

Immers, zijn we met het bovenstaande niet op een dood punt terechtgekomen. Enerzijds spraken we over de vloek als een web dat de mens gevangen houdt in moeite en neergang. Anderzijds bleek de vloek in beweging gezet te worden door de overtreding. Enerzijds spraken we over het kwaad als een reële en ontzagwekkende macht. Anderzijds bleek de mens niet te verontschuldigen te zijn. Is hier niet sprake van een tegenstrijdigheid? Is de mens wel opgewassen tegen het kwaad? En als hij dat niet is, kan hij dan wel verantwoordelijk gesteld worden? Achter de vloek ligt de schuld, maar hoe kan van schuld sprake zijn als de vloek de mens als in een web gevangen houdt? Bevindt de zieke zich niet in een situatie van overmacht?

Opnieuw is het de geschiedenis van Job die ons een weg wijst in deze vragen. Job, de vrome en oprechte, is de inzet van een geding tussen God en de satan. Satan had gesmaald dat Jobs vroomheid louter gebaseerd was op zijn welvaart en geluk. Door satan vervolgens de vrije hand te laten stelt God Job op de proef. Job verliest zijn kinderen, al zijn have en tenslotte ook zijn gezondheid en huwelijksgeluk. Deze inkadering van het verhaal is veelzeggend. Het is satan die Jobs omgang met God in het teken van de verdienste plaatst. Job zou handelen volgens het principe 'voor wat, hoort wat'. Satan introduceert daarmee het thema schuld, schuld in de zin van een economie van rechten en plichten. Job moet zijn onschuld bewijzen, de belangeloosheid van zijn vroomheid. Merk op dat het hier gaat om een op menselijke maat gesneden schuld, de schuld van het schenden van het 'voor wat, hoort wat'; en niet om schuld in de diepste zin, de

schuld van het miskennen van God zoals Hij voor ons is, verkiezend en reddend. Jobs vrienden en uiteindelijk ook Job zelf laten zich dwingen in dit spoor. Job moet wel gezondigd hebben, zeggen de vrienden, waarop Job in een breed betoog zijn onschuld bepleit. Job en zijn vrienden ensceneren een aards pendant van het hemelse geding. En het is hier, in deze wirwar van menselijke gedachtespinsels, dat de satan zijn macht ontplooit. De vrienden moeten naderhand een offer brengen, opdat Gods toorn niet tegen hen ontbrandt. Job overschrijdt bijna de drempel naar de godslastering.

Als er één situatie is waarin het lijden zich als overmachtig aandient, dan is het wel in het geval van Job. Toch ligt daar in het verhaal zelf niet het accent. Integendeel. Vanaf het begin is het duidelijk dat de machtontplooiing van satan volledig afhankelijk is van Gods toestemming. Het gaat in het verhaal uiteindelijk om de zelfopenbaring van God, om wie Hij werkelijk is. Het gaat niet om menselijke schuld, maar om Gods grootheid. Job roept het uiteindelijk uit: "Slechts van horen zeggen had ik van U vernomen, maar nu heeft mijn oog U aanschouwd" (Job 42:5). Jobs schuld wordt dus niet ontkend. Job herroept zijn woorden en doet boete, staat er even verder. Maar dan gaat het over een andere schuld. Niet meer de schuld van het rechtsgeding naar menselijke maat, maar de schuld van het niet erkennen van God in zijn grootheid en zijn barmhartige toewending naar de mens.

Noten bij hoofdstuk II

1. A.M. Wolters, *Schepping zonder grens*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988.
2. J. van Genderen, W.H. Velema, *Beknopte gereformeerde dogmatiek*, Kampen: Kok 1992, pp. 292vv.
3. U. Eibach, *Medizin und Menschenwürde*, Wuppertal: Brockhaus 1988³, p. 66.
4. G. Pöltner, 'Achtung der Würde und Schutz von Interessen', in: J. Bonelli (Hrsg.), *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Wien: Springer Verlag 1992, pp. 17-22.
5. Voor een uitvoeriger behandeling, zie: H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, Lindeboomreeks dl. 5, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1994, i.h.b. hfdst. 2 en 3.
6. Het nu volgende is voor een deel ontleend aan: G. Glas, 'Ziekte als lijden. Enige opmerkingen over schuld en schuldgevoel bij ziekte', in: *Radix* jg. 11 (1995) nr. 1, pp. 3-13. Vgl. ook Van Genderen en Velema *a.w.*, pp. 284-291.
7. W. Stoker, *Is vragen naar zin vragen naar God? Een godsdienstwijsgerige studie over godsdienstige zingeving in haar verhouding tot seculiere zingeving*, Meinema: Zoetermeer 1993, pp. 15vv.
8. Pop wijst op de vele connotaties van de Hebreeuwse woorden voor vloek. Eén van die woorden betekent letterlijk 'licht maken', dat wil zeggen minderwaardig maken, te schande maken (F. Pop, *Bijbelse woorden en hun geheim*, Den Haag: Boekencentrum 1951, pp. 166-175). Vergelijk in dit verband het in de Psalmen

- veelvuldig voorkomende gebed om niet tot schande gemaakt te worden, ook in geval van ziekte (bijvoorbeeld Ps. 41:6-10). Uitdroging, dorheid, woestij en onvruchtbaarheid zijn andere veel voorkomende connotaties (vgl. Jer. 17:5-8). De gevloekte was daarnaast een gevaar voor de omgeving: voor zonsondergang moest hij van het kruishout worden gehaald. De gevloekte was geëxcommuniceerd. Hij leed buiten de poorten van de stad, eenzaam en afgesneden van het menselijk verkeer. Kaïn werd buiten de leefgemeenschap verdreven, de bok Hazaël werd de woestijn in gestuurd, Christus hing buiten de poorten van Jeruzalem aan het kruis.
9. Vgl. ook Romeinen 5:12: "...gelijk door één mens de zonde de wereld is binnengekomen en door de zonde de dood, zo is ook de dood tot alle mensen doorgegaan, omdat allen gezondigd hebben"; 1Cor. 15:21: "Want evenals in Adam allen sterven, zo zullen ook in Christus allen levend gemaakt worden".
 10. *Naming the silences*, de titel van het boek van Stanley Hauerwas over de onderhavige materie, is dan ook goed gekozen; zie S. Hauerwas, *Naming the silences: God, medicine, and the problem of suffering*, Eerdmans: Grand Rapids 1990.
 11. Een lezenswaardig boek over deze thematiek is H. Thielicke, *Leben mit dem Tod*, Tübingen: JCB Mohr (Paul Siebeck) 1980.
 12. H. Jonas, 'The Burden and Blessing of Mortality', in: *Hasting Center Report* jg. 22 (1992) nr. 1, p. 34-40.
 13. We gaan niet in op de vraag of voor de val ook een biologische dood heeft bestaan. We constateren alleen dat nu het sterven ook een biologisch proces is.
 14. Zie Jonas, *a.w.*, p.39.
 15. H. Thielicke, *Theologische Ethik*, Tübingen: J.C.B. Mohr (Paul Siebeck) 1972⁴, Band I, § 757.
 16. R. Guardini, *Vrijheid, genade, lot*, Hilversum: P. Brand 1963, pp. 211-226.
 17. Het betreft Luthers commentaar op Hebr. 2:14-15: "Daar nu de kinderen aan bloed en vlees deel hebben, heeft ook Hij op gelijke wijze daaraan deel gekregen, opdat Hij door zijn dood hem, die de macht over de dood had, de duivel, zou ontronen, en allen zou bevrijden, die gedurende hun ganse leven door angst voor de dood tot slavernij gedoemd waren". Vgl. H. Gödan, *Christus en Hippocrates. Kernproblemen van arts en theoloog*, Wever: Franeker (z.j.), pp. 149-150 (vertaling door W. Kreuzen & W. Visscher van *Christ und Hippokrates. Gemeinsame Zentralprobleme in Medizin und Theologie*, Kohlhammer Verlag: Stuttgart 1958). Overigens dezelfde structuur als bij Job, waar God de satan ook met eigen wapens verslaat!
 18. Vgl. J. Koppelaar, 'Gezondheid, geneeskunde en geloof', in: Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen gewaardeerd*, Lindeboomreeks dl. 6, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1994, pp. 75-87.
 19. Zie over toenemende waarde die aan gezondheid wordt gehecht: S.E. Kooiker, M. Mootz (red.), *Patiënt en professie*, Rijswijk: Sociaal en cultureel Planbureau 1996.
 20. Vgl. J. Rolies, Deugt de gezondheidsethiek? In: H. Achterhuis (red.), *Deugt de ethiek? Medische, milieu- en bedrijfsethiek tussen trend en traditie*, Baarn: Gooi en Sticht 1993, pp. 78-92.
 21. Vgl. U. Eibach, 'Gesundheit und Krankheit', in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* jg. 22 (1978), pp. 162-180.
 22. K. Barth, *Kirchliche Dogmatik III/4*, Zürich 1951, pp. 406vv.; zie ook U. Eibach *a.w.*.
 23. J.Z. Baruch, *Geneeskunde in het oude Israël*, Amsterdam: Joachimsthal 1963. Overigens kan gezondheid in deze omvattende betekenis niet doelstelling zijn van de gezondheidszorg.
 24. P. Tournier geeft in zijn boek *Radical therapie*, Baarn: Ten Have, z.j. 8e druk, vele voorbeelden van lichamelijke klachten die samenhangen met zaken als hier

- genoemd. Zie ook: L. Gaatswijk-van der Plaats, 'De plaats van het geloof in de medische beroepsuitoefening', in: R. van Essen, T. v.d. Leer (red.), *Pastoraat op de grens*, Sliedrecht: Merweboek 1989, pp. 67-76.
25. Hauerwas *a.w.*, pp. 79vv. Hauerwas' boek is op te vatten als een legitimering van de ervaring, namelijk van de ervaring van lijden, vooral wanneer er geen antwoord is op de waarom-vraag. Hoe vaak wordt die ervaring immers niet ontkend en verstikt door het lijden te persen in een teleologisch patroon? Tegelijk wil hij uit het vaarwater van rabbi Kushner blijven die in zijn spraakmakende boek *When bad things happen to good people*, New York: SchockenBooks, 1981 (*Als 't kwaad goede mensen treft*, Baarn: ten Have 1985¹⁶) had gesteld dat God aan het lijden ook niets kan doen en dus zelf onder het kwade lijdt. Het verhaal van de omgang van God en mens is een verhaal met een belofte, geworteld in de vriendschap met God en met elkaar (Hauerwas, p. 148). Die belofte heeft in zijn betoeg (mede) betrekking op Gods 'overkomst', de definitieve overwinning van de dood. Toch blijft dit laatste moment in zijn boek ietwat onderbelicht. Zo citeert hij instemmend Nicholas Wolterstorff die naar aanleiding van de dood van zijn zoon Eric in zijn bewogen boek *Lament for a son*, Grand Rapids: Eerdmans, 1987 (*Klaagzang voor een zoon*, Baarn: Ambo, 1990) zegt: "The tears of God are the meaning of history". Zeker dient hier de context in rekening te worden gebracht, die van de vraag waarom God geen eind aan de geschiedenis en daarmee aan alle lijden maakt. Hauerwas noch Wolterstorff willen de kant op van een onmachtig-lijden-de God. Ook mag met Hauerwas erkend worden dat Christus' heerschappij over de dood in concrete situaties van ziekte en verlies niet automatisch tot de ervaring van troost leidt. Toch mag hier uitdrukkelijker met twee woorden worden gesproken. Ook in de klaagpsalmen staan Gods koningschap en de radeeloosheid van de mens vaak naast elkaar en gaan passages waarin deze ter sprake komen zonder overgang in elkaar over.
 26. Zie bijv. J.Z. Baruch *a.w.*; zie over dit onderwerp ook het artikel over 'Disease and healing', in: *New Bible Dictionary*, London: IVP 1962.
 27. Zie K.J. Kraan, *Opdat u genezing ontuangt*, Geion (z.j.), par. 20, 73.
 28. "De geneeskunde en het christelijk geloof... hebben ook heden ten dage geen verbanden meer", M.J. Elzinga, *Geloof en geneeskunde*, Franeker: Wever (z.j.), pp. 11-12.
 29. C. Aalders, *Terug naar de Medicina Sacra*, Den Haag: Voorhoeve 1952. *Medicina sacra* betekent letterlijk: heilige heilkunde.
 30. Voor een discussie over het moderne gezondheidsbegrip zie: P.J. Thung, *Gezondheid als ziekte*, in: I.D. de Beaufort, H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*, Assen: Van Gorcum 1988, p. 121
 31. Vgl. M. Rhonheimer, 'Zur Begründung Sittlicher Normen aus der Natur', in: J. Bonelli (Hrsg.), *Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin*, Wien: Springer Verlag 1992, pp. 63-67; "Deshalb gehört zum im moralischen Sinne Natürlichen jeweils auch jene Ordnung (*ordinatio*), welche die praktische Vernunft in den natürlichen Neigungen des menschlichen Seins erstellt. Aufgrund der Einheit des menschlichen Suppositums besitzt jedoch der Mensch über das in seinem Sein naturhaft Vorgegebene keine Verfügungs- oder Sinngebungsgewalt, sondern lediglich eine Ordnungsaufgabe" (p. 66). Zie ook: H. Jochemsen, 'In orde. Scheppingsordeningen en verantwoordelijkheid in de christelijke ethiek', in: J.H.F. Schaeffer, J.H. Smit, Th. Tromp (red.), *Nuchtere noodzaak. Ethiek tussen navolging en compromis*, Kampen: Kok 1997.
 32. Popma lijkt op hetzelfde te doelen in een opstel over ziekte en zonde. Het geneeskundig handelen mag zich, naar het woord van de apostel Jacobus, verstaan als barmhartigheid die "roemt tegen het oordeel", K.J. Popma, *Wijsbegeerte en antropologie*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1963.

33. Dit wordt door H. Gödan *a.w.*, pp. 167vv.) benadrukt, die zich hier in het bijzonder richt tegen Viktor E. Frankl, *Homo patiens. Versuch einer Pathodicee* (1950). Frankl, psychiater en zelf kampslachtoffer in de tweede wereldoorlog, ziet in het lijden een uitdaging tot een meer authentiek mens-zijn. Frankl verwacht van het lijden wat alleen God kan geven, namelijk zaligheid en licht, aldus Gödan. Volgens Frankl moet de mens in zekere zin het lijden willen.
34. Vgl. A. Plantinga, *Learning to live with evil*, 1982, aan wie de hier geboden indeling is ontleend. Vgl. ook het boeiende en instructieve opstel van: J. van der Hoeven, 'Het 'probleem' van het kwaad: vuurproef voor levenscheitheid en bescheidenheid van het filosoferen (in de hoofdrol Paul Ricoeur)', in: *Peelingen. Korte exploraties in wijsgerig stroomgebied*, Buijten & Schipperheijn: Amsterdam 1980, pp. 168-193.
35. C.G. Berkouwer, *De zonde I. Oorsprong en kennis der zonde*, Kampen: Kok 1958, p. 58; Vgl. C.G. Berkouwer, *De zonde II. Wezen en verbreiding der zonde*, Kampen: Kok 1960.

De normatieve structuur van de medische praktijk*

1. Inleiding

Medische ethiek houdt zich bezig met een systematische bezinning op wat ethisch verantwoord medisch handelen is.¹ De vraag naar het verantwoorde of moreel goede handelen betreft de gehele medische zorgverlening, maar komt bij ethische dilemma's in deze zorgverlening nadrukkelijk naar voren. Het medische handelen, de daarbij voorkomende dilemma's en de ethische bezinning daarop spelen zich altijd af in een concrete, historisch gegroeide situatie. Deze situatie is mede resultaat van voorafgaande keuzes, waarin bepaaldewaarden worden nagestreefd en gestalte krijgen in gewoonten, verhoudingen en doelen. Medische ethiek die zich niet wil beperken tot het 'oplossen' van specifieke dilemma's, maar zich ook wil bezinnen op het verantwoorde medische handelen en de daarvoor geldende normen, zal eerst zicht moeten krijgen op de situatie van de geneeskundige praktijk.

In de hoofdstukken I en II hebben we ons beziggehouden met de 'richting-component' van de medische praktijk en wel op de meest voorkomende, respectievelijk de door ons wenselijk geachte richting ervan, (zie hfdst. II, § 1). Voor een goed verstaan van het medische handelen is echter ook zicht nodig op de verscheidenheid aan normen die aan de medische zorgverlening ten grondslag liggen. We spreken in dit verband van een analyse van de normatieve structuur van de medische zorgverlening. Hiermee zullen wij ons in dit hoofdstuk bezighouden. We doen dit vanuit een analyse van het handelen en van degene die handelt, de actor.² We beginnen deze analyse met een meer algemene beschouwing over het menselijk handelen en de beoordeling hiervan (§ 2.1). Vervolgens beschrijven we de normatieve structuur van het handelen in sociale praktijken (§ 2.2, 2.3). Dit vormt de wijsgerige basis van de daaropvolgende structuuranalyse van de medische praktijk. De lezer kan zich eventueel beperken tot de

* Van dit hoofdstuk is J. Hoogland co-auteur.

samenvatting ervan (§ 2.4) en verdergaan met § 3. Na de behandeling van de structuur van de medische praktijk en de verschillende typen normen die hiervoor gelden (§ 3.1-3.6) gaan we kort in op de betekenis van wereld- en levensbeschouwelijke overtuigingen voor de praktijkuitoefening (§ 4). Tot slot bespreken we de betekenis van onze analyse voor de noodzaak en de mogelijkheid voor de arts zijn handelen te verantwoorden.

2. Normatieve praktijken

2.1 Handelen als betekenisvol ofwel regelgeleid gedrag

In ons betoog gaan we uit van een ietwat versimpelde voorstelling van zaken. We spreken van gedrag wanneer iemand een instinctieve reactie vertoont, die weliswaar zinvol kan zijn (vluchtgedrag bij onraad bijvoorbeeld), maar die niet afhankelijk is van een bewuste wilsbeslissing van de betrokkene. Van handelen spreken we wanneer iemand op grond van een bewuste wilsbeslissing een handeling uitvoert wegens de betekenis die de handeling voor hem heeft.³ Handelen vatten wij dus op als zinvol of betekenisvol gedrag.⁴

Als van handelen in de zin van betekenisvol gedrag wordt gesproken, is voorondersteld dat dit handelen beoordeeld kan worden. Voor het handelen gelden regels, die tevens als maatstaf kunnen worden gehanteerd bij de beoordeling van dat handelen. Deze regels zijn doorgaans geen privé-zaak. Dan zou het voor een buitenstaander onmogelijk zijn om te beoordelen of de betrokken handelingen zinvol zijn. Om een handeling te kunnen begrijpen moet men deze overeenkomstig de daarvoor geldende regels kunnen verrichten en beoordelen.

Nu zijn er velerlei typen van handelen en evenveel typen regels om deze handelingen te beoordelen. Ieder type van handelen, dit wil zeggen ieder samenhangend geheel van handelingen, heeft zijn eigen regels, waardoor het als dat specifieke type gekwalificeerd wordt, bijvoorbeeld de rechtspraak of management van een bedrijf. Tegelijkertijd zijn er tal van regels, die binnen een bepaalde handelingssamenhang gelden, maar er niet specifiek voor zijn. Een onderwijzer die een som voordoet en een doktersassistente die de dosis voor een bepaalde injectie vaststelt, dienen de optelling volgens dezelfde regels te maken. Wel vervult de optelling in beide praktijken (het onderwijs en het medisch handelen) een verschillende functie.

In de vorige zin is het woord 'praktijk' gevallen. Dit begrip biedt interessante aanknopingspunten voor een nadere analyse van het menselijk handelen. Wat wij hierboven typen of samenhangen van

handelen noemden, kunnen we ook aanduiden met het woord 'praktijken'. Zo bestaan er onderwijspraktijken, economische praktijken (de praktijk van het ondernemen bijvoorbeeld), juridische praktijken (rechtspraak), hulpverleningspraktijken (zoals de medische praktijk). Al deze praktijken worden gekenmerkt door een eigen type van handelen en een specifiek geheel van hiervoor geldende regels. Zo is het in de praktijk van het ondernemen geboden winst te maken en in de medische praktijk patiënten zorg te bieden. Wie echter de medische praktijk zou uitoefenen met het oogmerk winst te maken, loopt ernstig het gevaar de regels die gelden voor het medisch handelen te veronachtzamen.

In de ethiek heeft het woord 'praktijk' recentelijk aan populariteit gewonnen. Het specifieke gebruik van dat woord door A. MacIntyre in zijn boek *After virtue* zal daaraan hebben bijgedragen. In dit boek gaat de auteur uitvoerig in op wat hij de crisis van de hedendaagse ethiek noemt. Deze crisis is volgens MacIntyre het gevolg van het feit dat in de moderne tijd is gebroken met een *teleologische* wijze van denken. Binnen een dergelijke wijze van denken, die teruggaat op Aristoteles, worden zaken beoordeeld vanuit hun samenhang met een omvattende telos (doel, bestemming). Deze telos is met de dingen gegeven, is hieraan inherent. (Zo is het de 'telos' van een zaadje om tot een volledige plant uit te groeien; zie ook hfdst. V, § 3). Voor het moderne denken daarentegen zijn doelen niet inherent aan de dingen, maar worden die geacht onderworpen te zijn aan subjectieve keuzes. Mensen streven hun doelen na door handelingen te verrichten, die de realisering daarvan tot resultaat hebben. Deze handelingen worden dus uitsluitend beschouwd als *middelen* om het subjectief bepaalde *doel* te bereiken.

Binnen dit moderne doel-middel schema is de ethiek om het zo te zeggen naar de marge gedrongen. Zij is nog slechts relevant waar het gaat om de vaststelling van de doelen. Bij de keuze van de middelen gelden andere criteria, die eerder samenhangen met de effectiviteit en doelmatigheid van het middel dan met morele beoordelingen. Daarnaast is de ethiek binnen het domein van de doelenkeuze emotivistisch geworden: omdat de doelen voortvloeien uit subjectieve keuzes, hangen ze vooral samen met iemands smaak en voorkeuren.

MacIntyre wil daarentegen weer aandacht vragen voor een deugdeethiek: een ethiek die eerder betrekking heeft op de morele attitude van een persoon dan op de morele toelaatbaarheid van incidentele handelingen of keuzes. Handelingen moeten daartoe meer in hun samenhang worden gezien. In dit verband spreekt MacIntyre over praktijken. Daaronder verstaat hij betekenisvolle samenhangen van

menselijk handelen, die worden gekenmerkt door voor die samenhang typerende regels en doeleinden, of zo men wil normen en waarden. MacIntyre spreekt hier van 'standards of excellence' en 'internal goods'.⁵

Wij willen hier aansluiten bij zijn definitie van praktijk om meer zicht te krijgen op de eigen normatieve structuur van de medische praktijk en op daaruit voortvloeiende specifieke verantwoordelijkheden van professionele medische zorgverleners.

2.2 Sociale praktijken

MacIntyre's definitie van het woord 'praktijk' behelst ten minste vier elementen: (1) Centraal staan *menselijke handelingen*, die onderworpen zijn aan alle beperkingen die mensen eigen zijn⁶; (2) praktijken zijn handelingssamenhangen (-patronen) die 'sociaal gevestigd' zijn en die (3) worden gekenmerkt door 'interne goederen'; (4) het menselijke handelen binnen praktijken kan worden beoordeeld aan de hand van kwaliteitsmaatstaven ('standards of excellence').

(1) Over het eerste element kan worden opgemerkt, dat het menselijke karakter van handelen impliceert dat handelingen ingrijpen in een gegeven werkelijkheid en verricht worden door een actor die zelf ook tot die werkelijkheid behoort. Dat betekent onder andere dat de mens handelt binnen een context en samenhang die hij wel kan beïnvloeden, maar die niet door hemzelf is gemaakt. Wij zullen dan ook niet spreken over de actor als een autonoom subject, dat zelf de zin van het eigen handelen uitmaakt. Op tal van manieren is de handelende persoon aan gegeven voorwaarden gebonden, die hijzelf geenszins bepaalt en waardoor hij zelfs ten dele bepaald wordt.

(2) Het tweede element, dat een praktijk 'sociaal gevestigd' is, wil zeggen dat het gaat om samenhangen of patronen van handelen, die men kan aantreffen in maatschappelijke instituties. Men kan hierin door anderen worden ingewijd, zodat men geleidelijk de bedoeling van het handelen in die praktijk gaat verstaan en de regels leert beheersen die daarvoor gelden.

(3) In de derde plaats worden deze sociaal gevestigde samenhangen of patronen van handelen gekenmerkt door 'interne goederen'. Het is niet zo gemakkelijk uit te maken wat MacIntyre daarmee precies bedoelt. Duidelijk is dat hij een tegenstelling hanteert tussen 'interne' en 'externe' goederen, dat wil zeggen tussen goederen die alleen gerealiseerd kunnen worden door de beoefening van een bepaalde praktijk, en goederen die evenzeer door de beoefening van andere praktijken gerealiseerd kunnen worden. Maar het onderscheid lijkt ons in de praktijk niet altijd even duidelijk.

Wat MacIntyre 'goods' noemt hebben wij vertaald als 'goederen' (zaken die het goede gestalte geven). Maar het woord 'goederen' doet wellicht tezeer denken aan materiële voorwerpen. Een andere vertaling is 'doelen' of 'doelstellingen'. Deze achten wij minder gewenst omdat 'doel' of 'doelstelling' verwijst naar een subject, dat zich doelen stelt. Deze vertaling zou ons dus weer bij het doel-middel schema brengen. Maar 'internal goods' van een praktijk heeft echter niet zozeer betrekking op de praktijkbeoefenaar als wel op de praktijk en daarmee ook op de ruimte waarbinnen doelen geformuleerd kunnen worden.

Een probleem blijft ook wat precies wordt bedoeld met 'intern'. Een voorbeeld kan dit probleem verhelderen. Het scoren van doelpunten is een essentieel element van de praktijk van het voetbalspel en zo beschouwd een 'intern goed' ervan. Maar er zijn vele sporten die zijn gericht op het winnen van de wedstrijd via het scoren van doelpunten. Het eigene van die sporten ligt dus niet in het scoren of in het winnen op zichzelf, maar in de voor die sport kenmerkende wijze waarop dat gebeurt. Niet voor niets wordt na een wedstrijd soms gesproken over 'verdiend' of 'onverdiend' gewonnen dan wel verloren hebben.

Om genoemde redenen zullen wij de term 'internal goods' vertalen met 'bestemming'. Het is de bestemming van een praktijk, die de ruimte vastlegt waarbinnen doelen gesteld kunnen worden, die kenmerkend zijn voor die praktijk. Zo beantwoordt de doelstelling om in de eerstvolgende partij voetbal of schaak een bepaalde speltactiek toe te passen aan de bestemming van het voetbal-, respectievelijk schaakspel, omdat het kiezen voor een bepaalde tactiek is gericht op het gestalte geven aan de bestemming van die praktijk. Dat de speler die een doelpunt scoort een premie ontvangt van enkele duizenden gulden, behoort niet tot de bestemming van het voetbalspel (en zou in MacIntyre's terminologie een 'extern goed' worden genoemd). Met behulp van een dergelijke premie kan iemand weliswaar gestimuleerd worden tot grotere prestaties in het voetbalspel en daarmee tot het vormgeven aan de bestemming ervan, maar de wijze waarop deze prestaties beoordeeld moeten worden heeft niets met premies of geldbedragen te maken. Meer algemeen gezegd: tot de bestemming van een praktijk behoort weliswaar het gericht zijn op een bepaalde stand van zaken, bijvoorbeeld het winnen van een wedstrijd of het bereiken van een doel, maar de bestemming gaat niet op in het bereiken van die stand van zaken. De bestemming van een praktijk bepaalt ook welke handelingen voor de praktijk kenmerkend zijn en bijdragen aan de verdere ontwikkeling of ontplooiing ervan.

(4) Met het laatstgenoemde - de beoordeling van handelingen en prestaties binnen een praktijk in het licht van de bestemming - zijn we aangekomen bij het vierde element uit de definitie van praktijk. Dit zijn de 'standards of excellence' of kwaliteitsmaatstaven en het streven om in de praktijkbeoefening uit te blinken in het beantwoorden aan de maatstaven ervoor. In de vorige paragraaf (2.1) zagen we dat het handelen binnen een praktijk dient te beantwoorden aan regels die voor die praktijk gelden. In het licht van het bovenstaande kunnen we dit nu nauwkeuriger formuleren. Namelijk dat het *gestalte geven aan de bestemming van een praktijk* vereist dat men de voor die praktijk kenmerkende regels opvolgt. Deze regels maken het tevens mogelijk het handelen, als regelgeleid gedrag, binnen de betreffende praktijk te beoordelen. Iemand die een praktijk goed kan uitoefenen in overeenstemming met de regels noemen we competent.

Bij het begrip 'regels' moet in dit verband niet alleen worden gedacht aan expliciete instructies, maar vooral ook aan het impliciet (of: intuïtief) regelbesef. (In het Engels heet dit ook wel 'tacit knowledge'). Anders gezegd: handelen in praktijken wordt gekenmerkt door een impliciete 'know-how' waardoor handelingen zinvol en tegelijkertijd kritiseerbaar zijn, vaak zonder dat ze aan een expliciete regel worden getoetst. Deze 'know-how' legt competenties vast en bepaalt wat een juiste uitoefening van die competenties is. Kort gezegd: men kan adequate praktijkuitoefening opvatten als een 'competent performance'.⁷ Iedereen die kan spreken, kent dit fenomeen: men is in staat welgevormde zinnen te formuleren ('knowing how'), zonder precies te kunnen uitleggen waarom men dat zo doet of moet doen ('knowing that'). Daarmee is natuurlijk niet uitgesloten dat de regels ook expliciet gekend of geformuleerd kunnen worden, maar dat is voor de beoefening van de praktijk, i.c. de spraakkunst, niet vereist. De kunst om te spreken, of bijvoorbeeld om viool te spelen, houdt in de beheersing van de regels die voor de desbetreffende praktijk gelden. Men heeft in een leerproces de regels aangeleerd en zich een competentie verworven. En op grond van dit leerproces heeft men tevens het vermogen verworven eigen of iemand anders handelingen te beoordelen ten aanzien van de vraag of zij aan de regels beantwoorden.

De regels, die men moet beheersen om aan bepaalde praktijken te kunnen deelnemen en handelingen binnen die praktijken te kunnen beoordelen, noemen we constitutieve regels. Zij zijn constituerend voor de betekenis van de handelingen, die binnen die praktijk worden verricht. Ze definiëren en begrenzen hun praktijk. Hoe beter men de regels weet te hanteren, met andere woorden hoe competen-

ter men is, des te beter krijgt de bestemming gestalte. Deze structurele gerichtheid op kwaliteitsverbetering en innovatie behoort tot de competente praktijkuitoefening. Een (beroeps)musicus die niet streeft naar een verbetering van zijn techniek en expressievermogen teneinde de bestemming van het musiceren beter gestalte te geven, is geen voorbeeldig beoefenaar van die praktijk.

Het geheel van de constitutieve regels van een praktijk noemen we de constitutieve zijde ervan. De regels die hiertoe behoren, kunnen in drie categorieën worden ingedeeld. We komen hierop terug bij de bespreking van de geneeskunde als normatieve praktijk. Waar we hier nog wel de aandacht op moeten vestigen is dat een praktijk naast een constitutieve zijde ook een regulatieve zijde heeft.⁸

2.3 De regulatieve zijde van sociale praktijken

Het onderscheiden van een regulatieve zijde aan het praktijk-begrip is zinvol, omdat de constitutieve zijde de concrete praktijkuitoefening nog lang niet determineert. Zo is het verloop van ieder schaakspel uniek en onherhaalbaar. Iedere interpretatie van een muziekstuk is uniek, ieder partijtje voetbal of schaak verloopt anders. Het verloop is in hoge mate afhankelijk van de betrokken individuen of teams. Het ene voetbalteam ontwikkelt soms een heel andere spelstijl dan het andere, afhankelijk van de spelconcepten die men heeft. De concrete uitoefening van een praktijk hangt niet alleen af van de (constitutieve) regels die voor die praktijk gelden, maar ook van de wijze waarop de praktijkbeoefenaar de regels interpreteert en uitvoert. Anders gezegd, de constitutieve regels maken weliswaar zinvol handelen binnen de betreffende praktijk mogelijk, maar de praktijkbeoefenaar geeft uiteindelijk aan dit handelen vorm vanuit eigen motieven, doelstellingen, verwachtingen, ervaringen en dergelijke. Op dit vlak vervullen ook wereld- en levensbeschouwelijke overtuigingen een regulatieve functie. De wijze waarop mensen in concrete praktijken handelen is immers mede afhankelijk van hun visie op betekenis en samenhang van het menselijk bestaan en van de werkelijkheid en op de betekenis van hun 'praktijk' daarin. De regulatieve zijde van een praktijk heeft dus in de eerste plaats betrekking op die concretisering van de constitutieve regels van de praktijk in de concrete praktijkbeoefening. In termen van het in hoofdstuk II, § 1 gemaakte onderscheid tussen 'structuur' en 'richting' kunnen we zeggen dat de motivaties en overtuigingen die de regulatieve zijde van een praktijk vormen, de 'richting' bepalen waarin de structuur, de constitutieve zijde ervan in een concrete situatie wordt uitgewerkt.

Ook op een ander niveau heeft de regulatieve zijde betekenis. Deze

maakt namelijk een waardering van praktijken 'van buitenaf' mogelijk. Analyse van de constitutieve zijde van praktijken levert wel inzicht op in de normatieve structuur ervan. Maar zij beantwoordt nog niet de vraag waarom mensen bepaalde praktijken zinvol achten en besluiten aan bepaalde praktijken deel te nemen of daarin hun roeping zien en zich aan de normatieve structuur ervan gebonden achten. Waarom bindt een arts zich bijvoorbeeld aan de medische beroeps-eed? Waarom zou een arts, die aan zijn deskundigheid goud kan verdienen, het welzijn van de patiënt boven persoonlijk gewin stellen? Het is duidelijk dat mensen zulke keuzes maken mede op grond van levens- en wereldbeschouwelijke overtuigingen.

Op nog een andere wijze spelen dergelijke overtuigingen, die tezamen de regulatieve zijde vormen, een rol bij normatieve praktijken. Dit kan misschien het beste duidelijk worden gemaakt in een betoog dat tevens een belangrijke verschil aangeeft tussen spellen als schaken en voetballen, die als voorbeelden van praktijken zijn gebruikt, en sociale praktijken als het ondernemen en de geneeskunde. Een verschil daartussen is dat de vrijheid om deel te nemen aan een spel meestal niet is gegeven ten aanzien van het deelnemen aan sociale praktijken. De praktijk van bijvoorbeeld het schaakspel bestaat vanaf het moment dat de spelers de schaakstukken opstellen tot het eind van de partij. Vanaf dat moment is de geldigheid van de regels voor de spelers virtueel tot het moment waarop zij opnieuw het spel gaan spelen. In het dagelijkse leven is het echter niet zo dat men naar believen met een sociale praktijk kan beginnen of daarmee kan stoppen. Veeleer bewegen wij ons gewoonlijk van de ene (bijvoorbeeld beroepsuitoefening) in de andere praktijk (bijvoorbeeld een spelletje schaak). Dit gebeurt lang niet altijd op basis van een vrije keuze; in sommige verbanden of praktijken wordt men geboren. Waar aan de deelname aan bepaalde praktijken wel een keuze ten grondslag ligt, bijvoorbeeld de beroepskeuze, kan deze maar niet op ieder moment herzien of ongedaan gemaakt worden. Het feit dat men in het dagelijks leven vaak niet zomaar in of uit een praktijk kan stappen, met andere woorden, dat praktijken veelal nauw zijn verbonden met het alledaagse leven, betekent ook dat zulke praktijken minder scherp zijn gedefinieerd dan spellen en meer aan veranderingen onderhevig zijn.⁹ De regels van een spel veranderen niet gedurende het spel. Dat is anders bij sociale praktijken van het alledaagse leven, waaraan men zich niet zomaar kan onttrekken. Omdat men daarin voor langere duur aan deelname is gebonden kan het zijn dat veel veranderingen plaatsvinden terwijl men in praktijken staat en daaraan deelneemt. Maar gericht streven naar een verandering c.q. een verbetering van

de praktijk kan alleen wanneer er een 'extern' referentiepunt is van waaruit men niet alleen de interpretatie van de geldende regels, maar de normatieve structuur zelf van een bestaande praktijk kan beoordelen. ('Beter' is alleen beter in het licht van een bepaalde maatstaf.) De overtuigingen die wij scharen onder de regulatieve zijde vormen zo'n referentiepunt. Veranderingen en innovaties van een praktijk zijn dan ook alleen mogelijk en vinden de facto plaats vanuit de regulatieve zijde. Zo beschouwd is de regulatieve zijde geen bijzaak. Zij geeft richting aan de wijze waarop een praktijk gestalte krijgt. Het behoort tot de aard van normatieve praktijken dat zij alleen ontsloten, dit wil zeggen beoefend en ontplooid, kunnen worden onder leiding van ideeën en overtuigingen over de betekenis en samenhang van het menselijk handelen in het algemeen en van een bepaalde praktijkuitoefening in het bijzonder. Dergelijke ideeën en overtuigingen reguleren aldus mede de praktijkuitoefening.

Na de samenvatting van bovenstaande paragrafen werken we deze structuuranalyse uit voor de medische praktijk.

2.4 Samenvatting uiteenzetting praktijkbegrip

In onze verhandeling over verantwoord medisch handelen verdedigen we de opvatting dat medische zorg niet moet worden gezien als een optelsom van op zichzelf staande handelingen, maar als een sociaal gevestigd, complex geheel van samenhangende handelingen waarvoor een kenmerkend patroon van normen geldt; we noemen zo'n geheel een 'normatieve (sociale) praktijk', of kortweg praktijk.

Een praktijk in deze zin wordt gekenmerkt door een bepaalde *bestemming* en wordt gedefinieerd en begrensd door een geheel van *regels*. De bestemming is waar het in de praktijk om gaat, bijvoorbeeld om het goede, mooie voetbalspel in de praktijk van het voetballen of om het goede vioolspel in de praktijk van een violist. Deze bestemming wordt gerealiseerd door het opvolgen van de regels voor de betreffende praktijk. De bestemming van een praktijk is nooit 'af'; zij kan en moet in de praktijkuitoefening steeds opnieuw gestalte krijgen. Het geheel van bestemming en regels noemen we de *constitutieve zijde van de praktijk*.

Bij 'regels' moet niet in de eerste plaats worden gedacht aan geëxpliciteerde voorschriften ('weten dat...'), maar aan impliciete regels over 'hoe je iets doet' ('weten hoe...'). Deze regels worden aangeleerd in een theoretisch en praktisch leerproces; voetballen en vioolspelen leert men niet alleen uit boekjes, maar vooral door te oefenen onder leiding van een leermeester. Iemand die in de praktijkuitoefening de regels goed weet te hanteren, noemen we competent. Zo

iemand is ook in staat de praktijkuitoefening van iemand anders te beoordelen. Maatstaven bij die beoordeling zijn diezelfde constitutieve regels; de voollere beoordeelt haar leerling vanuit haar (ervarings)kennis van hoe 'het hoort', dit wil zeggen haar impliciete kennis van de regels. Tot de goede praktijkuitoefening behoort tot slot ook het streven naar een steeds betere praktijkuitoefening om de bestemming van de praktijk steeds beter gestalte te kunnen geven.

Naast de constitutieve zijde, of 'structuur' van de praktijk onderscheiden we de *regulatieve zijde*. De constitutieve structuur bepaalt wel de mogelijkheden en grenzen maar niet de *richting* van de praktijkuitoefening (zoals de regels van het spel wel vastleggen welke spelregeringen correct zijn, maar niet het verloop bepalen van een bepaald concreet spel). Met de richting van de praktijkuitoefening doelen we op de wijze waarop in de concrete praktijkuitoefening de constitutieve regels worden geïnterpreteerd en uitgewerkt. *De regulatieve zijde omvat een geheel van wereld- en levensbeschouwelijke opvattingen en motivaties die het handelen sturen*. Ze impliceren een visie op de betekenis van die praktijk voor het menselijk leven en de samenleving en derhalve ook op de *richting* waarin de uitoefening van die praktijk zou moeten plaatsvinden; dit is voor een bezinning op het verantwoord medische handelen van evidente betekenis.

3. Structuuranalyse van de medische praktijk

3.1 De constitutieve zijde

We komen nu toe aan een uitwerking van onze beschouwing over handelen en normativiteit voor de medische praktijk. We zullen allereerst een analyse geven van de constitutieve zijde van de medische praktijk, dat wil zeggen het geheel van regels die de medische praktijk als medische praktijk kenmerken. We kunnen spreken van de inherent normatieve structuur van de medische praktijk, zoals zij uit de ervaring gereconstrueerd kan worden langs 'reflectief-empirische' weg.¹⁰ Vervolgens zullen wij kort aandacht besteden aan de regulatieve zijde van de medische praktijk; die betreft het geheel van overtuigingen die met name de interpretatie en toepassing van de constitutieve regels beïnvloeden.

Het is niet zondermeer duidelijk wat wordt bedoeld als wordt gesproken van 'medische praktijk'. Door de enorme ontwikkeling van techniek en wetenschap in de afgelopen decennia is het terrein van de gezondheidszorg, en met name de medische kant daarvan, in hoge mate geprofessionaliseerd. Deze professionalisering wordt dikwijls gelijkgesteld met de opgetreden verwetenschappelijking en spe-

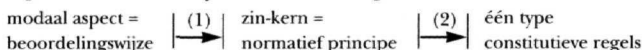
cialisering in het medische handelen. Medisch-professionele zorg zou dan neerkomen op het toepassen van medisch-wetenschappelijke kennis en medisch-technische vaardigheden. Wij achten dit geen juiste benadering.¹¹ Wij vatten de medische zorgverlening op als een normatieve sociale praktijk zoals hierboven besproken. Dit betekent dat de medische zorgverlening dient te beantwoorden aan een constellatie van constitutieve regels die competente uitvoering van de medische praktijk vastleggen. Anders gezegd: we vatten een adequate medische praktijkbeoefening op als 'competent performance' van de constitutieve regels die gelden voor de medische zorgverlening.

Een belangrijk vraag die zich nu voordoet, is waaraan de constitutieve regels worden ontleend. (We zijn in bovenstaande algemene analyse van praktijken hieraan voorbijgegaan, omdat die vraag zich het gemakkelijkst laat beantwoorden aan de hand van een voorbeeld en we dat direct aan de hand van de medische praktijk wilden doen.) Bij de hier bedoelde regels gaat het om de zogenaamde 'regels der kunst'; voor de medische praktijk is dat de professionele standaard van de medische beroepsgroep. Wij vatten die standaard hier breed op, namelijk als alle regels die behoren tot een goede praktijkuitoefening, ook al zijn ze niet altijd kenmerkend voor de professie (zoals bijvoorbeeld *omgangsvormen*). *Onzes inziens kan de grote diversiteit aan soorten regels die behoren tot de professionele standaard het beste geanalyseerd en geordend worden als evenzovele aspecten die aan heel de werkelijkheid en dus ook aan sociale praktijken onderscheiden kunnen worden.*¹² Ook aan de medische praktijk is aldus een diversiteit aan aspecten te onderscheiden; naast andere kunnen we denken aan een technisch, een economisch, een juridisch en een ethisch aspect. Deze aspecten kunnen tevens worden opgevat als gezichtspunten vanwaaruit het menselijk handelen en derhalve de medische praktijkuitoefening beoordeeld kan worden. Ieder kan inzien dat men het medische handelen kan beoordelen vanuit technisch, economisch, juridisch, ethisch, sociaal of nog andere gezichtspunten.

Al deze gezichtspunten hebben iets eigens en iets onherleidbaars. Zo is het bijvoorbeeld onmogelijk om dat wat kenmerkend is voor de ethische beoordelingswijze af te leiden uit een niet-ethische beoordelingswijze of daartoe te herleiden.¹³ Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er praktijken bestaan, waarin mensen voor elkaar zorgen, zonder daar zelf in directe zin beter van te worden. Wie dit ethische handelen zou willen afleiden uit eigenbelang of zou willen herleiden tot een streven naar 'economisch' evenwicht in inter-menselijke verhoudingen, kan het bestaan van specifiek ethische praktijken nooit

afdoende verklaren. Iedere beoordelingswijze heeft een onherleidbare, eigen kern (H. Dooyeweerd spreekt hier van zin-kern), die een principe behelst dat kenmerkend en bepalend is voor de regels die aan de desbetreffende beoordelingswijze ontleend kunnen worden. We zullen in dit verband spreken van normatief principe. Zo is het normatief principe van de economische beoordelingswijze spaarzaamheid, doelmatigheid. Hieruit worden in praktijken regels afgeleid die doelmatig handelen bevorderen; in een onderneming, die door het economische normatief principe wordt gekenmerkt, zullen die regels erop gericht zijn kosten per eenheid product zo laag mogelijk te houden. Elke beoordelingswijze van een praktijk heeft aldus een normatief principe dat kan worden geconcretiseerd in regels die in een praktijk fungeren als constitutieve regels. Deze regels vormen tevens de maatstaven aan de hand waarvan de praktijkbeoefening beoordeeld kan worden.

Fig. 1 Relatie modaal aspect - constitutieve regels

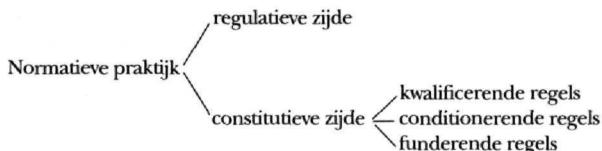


Stap (1) vloeit voort uit de filosofie van H. Dooyeweerd, stap (2) behelst niet een eenduidige logische afleiding, maar een uitwerking die een concretisering inhoudt van het normatieve principe.

Alle praktijken kan men weliswaar vanuit alle aspecten/gezichts punten beoordelen, maar de bijbehorende normatieve principes en de daaraan ontleende regels functioneren niet in alle praktijken op dezelfde wijze. Men kan hierbij onderscheiden tussen drie typen van regels. In de eerste plaats zijn er regels die samenhangen met het aspect dat voor de praktijk in kwestie kenmerkend is. Dit is de beoordelingswijze die voor de betrokken praktijk *kwalificerend* is. Het *kwalificerende* aspect legt de bestemming van de betreffende praktijk vast en bepaalt daarmee de specifieke verantwoordelijkheid van de actoren binnen die praktijk. Maar die verantwoordelijkheid blijft niet beperkt tot dat ene aspect. Er zijn in de tweede plaats de regels die samenhangen met het voor de betreffende praktijk *funderende* aspect en tenslotte regels die samenhangen met de overige aspecten die we *conditionerende* aspecten zullen noemen. Deze drie typen regels zullen in het vervolg worden uitgelegd. Iedere praktijk kan aldus worden getypeerd aan de hand van de *specifieke constellatie* van constitutieve normatieve principes en regels die voor die praktijk gelden. Een verantwoorde, competente praktijkuitoefening vereist dat al deze regels

gehonoreerd worden. Hier geldt het principe van de *simultane realisatie van normen*.¹⁴ We zullen in het vervolg deze drie typen van regels nader bespreken.

Fig. 2 De normatieve structuur van een sociale praktijk



3.2 Het kwalificerende aspect

Wat is nu het kwalificerende aspect van de medische praktijk? Om deze vraag te beantwoorden trachten we de kern ervan op het spoor te komen.¹⁵

In meerdere beschouwingen over de medische praktijk ziet men dat de kern ervan wordt gezocht in de concrete relatie van hulpverlener en hulpvrager: de patiënt die in zijn normale lichamelijke of psychische functioneren wordt belemmerd en zich tot de arts wendt om hulp. Lindeboom spreekt hier van de 'medische grondsituatie': "De medische grondsituatie is overal daar, waar een zieke een arts om hulp vraagt. De zieke is een mens, die door zijn lichamelijke of geestelijke gesteldheid in nood verkeert. Hij vraagt in die nood de hulp van iemand, van wie hij mag veronderstellen, dat hij die geven kan en wil".¹⁶ Met de KNMG kunnen we hier ook van het 'primaire medische proces' spreken.¹⁷

Door de enorme toename van medische mogelijkheden lijkt het er soms op dat de medische grondsituatie aan belang heeft ingeboet. De arts-patiëntrelatie lijkt steeds meer naar de achtergrond te verdwijnen ten gunste van een veel onpersoonlijker 'gezondheidsapparaat'. Tevens treden andere vormen van medische behandeling die niet primair op genezing of verlichting van lijden zijn gericht, steeds meer op de voorgrond: preventieve en transformatieve geneeskunde.¹⁸ Toch menen wij dat deze vormen van geneeskunde uiteindelijk terug dienen te gaan op de medische grondsituatie, willen zij als essentieel geneeskundig gezien kunnen worden. Zo gaat het bij preventieve geneeskunde om het voorkómen van ziekte en aandoeningen en van lijden en een vroegtijdige dood als gevolg daarvan. Bij allerlei corrigerende en eventueel 'transformerende' behandelingen gaat het dik-

wijls om een als zwaar ervaren lijden.¹⁹ Overigens is de vraag wat werkelijke nood is bij deze vormen van geneeskunde dikwijls moeilijk te beantwoorden. De grenzen tussen nood en wens zijn hier vaak moeilijk te onderscheiden. Maar in essentie gaat het in de medische zorg om een bepaald antwoord op een appèl van iemand die door ziekte of aandoening in nood verkeert of daardoor in zijn bestaan wordt bedreigd. In de medische zorg gaat het er primair om zorg te dragen voor het welzijn van een noodlijdende medemens, voorzover dat welzijn door gezondheidsproblemen wordt aangetast. Het ligt daarom voor de hand de medische praktijk als een moreel gekwalificeerde praktijk te beschouwen.²⁰

Deze kwalificatie van de medische praktijk hangt samen met het professiebegrip en de eed/beloofte die de aspirant-arts aflegt alvorens te gaan praktiseren. Een professie kan worden omschreven als een groep van personen die zich toelegt op de uitoefening van een beroep of wel roeping in de zin van het 'verlenen van een publieke dienst'.²¹ Sommige auteurs spreken van de belangeloze verlening van een publieke dienst.²² Bij deze dienstverlening gaat het om specialistische kennis en vaardigheden. De eed of belofte die wordt afgelegd voordat mensen beginnen met de uitoefening van een bepaalde professie, maakt de potentiële patiënt of cliënt duidelijk dat een lid van de professie zijn gespecialiseerde kennis en vaardigheden zal gebruiken in het belang van de patiënt c.q. cliënt.²³ Patiënten/cliënten kunnen namelijk niet zelf beoordelen (of hooguit achteraf) of de hulp die wordt verleend, wel in hun belang is. Deze garantie voor de betrouwbaarheid van de professie en haar leden is vereist omdat hun activiteiten de vitale belangen betreffen van hun patiënten of cliënten. Bij de medische professie is dat het gezondheidsbelang. Dat het voor de patiënt onmogelijk is om de professionaliteit van het handelen te beoordelen, betekent overigens ook dat de professie de kwaliteit van de dienstverlening van haar leden dient te bewaken en bereid is van haar activiteiten en van haar beleid rekenschap af te leggen aan de samenleving.

3.3 Het normatief principe

De medische praktijk is dus gekwalificeerd door het ethische aspect. Wat moeten we verstaan onder 'ethisch', wat is van het ethische aspect het normatief principe en wat betekent het dat de medische praktijk ethisch is gekwalificeerd?

Volgens de Finse filosoof Puolimatka kan de morele ervaringswijze niet worden herleid tot een andere ervaringswijze. Pogingen om de morele ervaring te herleiden tot iets anders (bijvoorbeeld tot het

recht of tot formele, logische principes) zijn tot mislukken gedoemd. Nu is het nog niet zo gemakkelijk het eigene van het morele (of het ethische) op het spoor te komen. Puolimatka laat zien dat men het morele terrein (aspect) niet kan onderscheiden van andere terreinen zonder tenminste ook op een inhoudelijk niveau naar moraliteit te verwijzen.²⁴ Voor een inhoudelijke aanduiding van het ethische gebruikt hij de term *benevolence*.²⁵ Hij verdedigt de zinswijze dat alle morele plichten gerangschikt kunnen worden onder de plicht tot *benevolence*²⁶, zonder dat de andere morele plichten daaruit logisch kunnen worden afgeleid. Tegelijkertijd verzet Puolimatka zich tegen een 'psychologische' interpretatie van het *benevolence*-principe. Volgens hem is het essentieel om onderscheid te maken tussen *benevolence* als een psychologisch en als een moreel concept. Het morele concept van *benevolence* omschrijft hij om die reden als *een normatieve houding die het welzijn van anderen als intrinsiek waardevol beschouwt*.²⁷ In deze zin beschouwt Puolimatka *benevolence* als de zin-kern van het morele, wat betekent dat morele principes met betrekking tot hun inhoud door dit principe gekwalificeerd worden.²⁸ Wij zullen als Nederlandse vertaling van *benevolence*, als zin-kern van het ethische aspect, het woord 'zorg' gebruiken.²⁹

Een vraag die zich hier voordoet is hoe *benevolence*, 'zorg' en *beneficence*, weldoen, zich tot elkaar verhouden? In de Engelstalige literatuur wordt het principe van *beneficence* dikwijls als een belangrijk principe in de medische ethiek gezien.³⁰ Voor Pellegrino en Thomasma is dit zelfs het belangrijkste medisch-ethische principe.³¹ Zij omschrijven binnen de medische ethiek *benevolence* als 'het goede voor de patiënt wensen' en *beneficence* als 'het goede voor de patiënt doen'.³² Dit onderscheid kan echter gemakkelijk aanleiding geven tot een tegenstelling tussen innerlijke motivatie (*benevolence*) en uiterlijke handeling (*beneficence*). Puolimatka prefereert *benevolence*, omdat een persoon ook uit andere dan morele redenen goed kan doen (bijvoorbeeld uit voorzichtigheid of welbegrepen eigenbelang). Wanneer *weldoen* zou worden gezien als zin-kern van het ethische, zouden *handelingsmotieven* uit die zin-kern zijn verwijderd, hetgeen fundamenteel in strijd is met het karakter van het ethische.³³ In overeenstemming met Puolimatka verstaan wij onder *benevolence*, 'zorg', dan ook *de eenheid van intentie en handeling*. Slechts langs deze weg kan men voorkomen dat het onderscheid tussen het morele en het juridische wordt begrepen in termen van subjectieve houding enerzijds en objectief gedrag anderzijds.³⁴ Door *benevolence* als de zin-kern van het morele aan te wijzen meent Puolimatka dat het mogelijk is de traditionele tegenstelling tussen recht en moraliteit en daarmee tussen

objectieve en subjectieve verhoudingen te doorbreken.³⁵ Juist door het inzicht dat het morele het juridische weliswaar veronderstelt, zonder dat de één tot de ander herleid kan worden, maakt dat gerechtigheid en 'zorg' afzonderlijk kunnen worden gedacht zonder in een spanningsvolle verhouding te geraken.³⁶

Op grond van het bovenstaande beschouwen wij het begrip 'zorg', het gericht zijn op het welzijn van de ander, als de zin-kern en derhalve als het normatief principe van de ethische beoordelingswijze. *Omdat de medische praktijk is gekwalificeerd door het morele aspect, is het principe 'zorg' constitutief in kwalificerende zin voor de medische praktijk.*³⁷ Dit betekent dat alle andere ervarings- en beoordelingswijzen binnen de medische praktijk hun specifieke invulling en betekenis ontvangen vanuit het morele aspect. Dit geldt overigens niet alleen de medische praktijk, maar ook andere zorgpraktijken, als bijvoorbeeld verpleegkundige zorgverlening en psychotherapie. Maar naast hun gemeenschappelijke ethische kwalificatie hebben de verschillende zorgpraktijken iets eigens. Dit eigene ligt in de voor iedere praktijk kenmerkende *constellatie* en *invulling* van de diverse typen constitutieve regels. Naast de kwalificerende behoren daartoe ook de funderende en de conditionerende regels van de praktijk. We bespreken nu eerst de funderende regels van de medische praktijk.

3.4 *Het funderende aspect*

In het oude Griekenland werd de medische zorg aangeduid als *technè iatrikè*. Het woord *technè* duidde op een door theorie geleide handeling.³⁸ Het bevatte zowel de notie van kunst, van ambacht als van techniek in moderne zin.³⁹ Vanaf het ontstaan van onze geneeskunde is er het besef geweest dat tot de medische praktijk het handelen behoort met een bepaalde opzet, handelen dat is gericht op de realisering van een bepaalde stand van zaken. Het gaat in de geneeskunde om het praktische handelen dat een verandering bewerkstelligt. Handelen dient hier breed te worden opgevat. Schipperges vermeldt dat door de geschiedenis heen therapieën zich in drie groepen van handelingen laten indelen.⁴⁰ Dit zijn: (a) het medische consult en advies o.a. omtrent leef- en eetgewoonten, (b) genees- en hulpmiddelen en (c) directe ingrepen in het lichaam. Tot de veranderingen die met de therapieën worden beoogd, moet niet alleen herstel van gezondheid worden gerekend, maar iedere positieve invloed op de toestand van de patiënt, inclusief diens beleving van zijn toestand.

Dat geneeskunst wordt gezien als door theorie geleid handelen betekent niet dat het louter bestaat in het toepassen van medisch-wetenschappelijke kennis. Deze opvatting lijkt wel te overheersen in

de hedendaagse geneeskunst. Een praktijk zou professioneel zijn naarmate het handelen is gebaseerd op wetenschappelijke kennis. Levensbeschouwelijke gezichtspunten en aandacht voor de diverse normatieve aspecten van de medische praktijk staan binnen die opvatting een voortgaande professionalisering hoogstens in de weg. Deze opvatting omtrent professionele praktijken zullen wij het *subsumptie-model* noemen. (Subsumptie is het rangschikken van het individuele geval onder algemene wetten). Dit model wordt gekenmerkt door een drietal vooronderstellingen:

- 1) de rationaliteit van het handelen wordt bepaald door de mate waarin het op wetenschappelijke kennis is gebaseerd;
- 2) de praktische werkzaamheid van de kennis is gebaseerd op haar wetmatige karakter;
- 3) de werkzaamheid van de kennis wordt gegarandeerd door de stringente scheiding tussen waarden en feiten: wetenschappelijke kennis bestaat in een waarden-neutrale verklaring van feitelijke stand van zaken.

Een eerste probleem van deze opvatting is dat de rationaliteit van het handelen wordt losgemaakt van andere normatieve aspecten ervan. De rationaliteit van het handelen houdt hier in dat het aan wetenschappelijke consistentie en technische normen van effectiviteit en doelmatigheid moet voldoen. Maar die rationaliteit zelf acht men waarde-vrij. Of handelingen ethisch toelaatbaar zijn heeft met de vraag naar de rationaliteit ervan dan niet veel te maken. Normativiteit is slechts relevant als het gaat om de randvoorwaarden voor professioneel medisch handelen: de juridische kaders, de ethische toelaatbaarheid van bepaalde behandelingen en behandelingstechnieken en de ethische codes in de arts-patiëntrelatie. Miskend wordt dan echter dat ook ethische en juridische regels constitutief zijn voor de medische praktijk en niet bijkomstig. Dat de rationaliteit zoals in deze visie opgevat zelf een normatieve categorie is, wordt binnen deze zienswijze dan ook zelden goed verantwoord.

Een tweede probleem van de subsumptie-theoretische opvatting betreft de verhouding van theorie en praktijk, i.c. de betekenis van medisch-wetenschappelijke kennis voor het praktische klinische handelen. In hoofdstuk IV wordt hierop uitvoerig ingegaan. We volstaan hier met de conclusie dat de medische zorgverlening zich door een heel andere constellatie van constitutieve regels kenmerkt dan wetenschappelijk onderzoek en dat het beroep van arts derhalve berust op heel andere competenties, dan die welke vereist zijn voor een goed wetenschapper.⁴¹ Zo spelen met name sociale en communicatieve vaardigheden in de medische zorg een eigen en belangrijke rol.

Zowel (medische) wetenschap als medische zorgverlening kunnen als een praktijk worden opgevat, die evenwel door verschillende normatieve principes worden geconstitueerd. Het onderscheid tussen wetenschap en zorgpraktijk dient dan ook niet primair te worden begrepen in termen van de verhouding tussen theorie en praktijk, maar in termen van onderscheiden constellaties van principes en regels die de wetenschapspraktijk en andere praktijken constitueren.

Waarom is het bovenstaande van belang? In de eerste plaats kan men de hedendaagse medische praktijk niet adequaat beschrijven en begrijpen, wanneer men de betekenis van medische techniek (in de brede zin van medisch handelen) daarbinnen onderschat. Wij zien het technische aspect dan ook als constitutief in *funderende zin* voor de medische zorgverlening.⁴² Dit houdt in dat het technische aspect niet bepalend, niet richtinggevend is voor de medische praktijk. De kern van de medische zorgverlening is immers de hulpverleningsrelatie tussen arts en patiënt die wordt gekwalificeerd door het principe 'zorg'. Niet het technisch mogelijke of het wetenschappelijk interessante bepalen of en wat de dokter in een bepaalde situatie behoort te doen, maar het gezondheidsbelang van de patiënt. Het nut van wetenschappelijke kennis en technische mogelijkheden wordt in de concrete situatie bepaald door de 'zorg' voor de patiënt. Waar wetenschap en techniek daaraan niet langer dienstbaar zijn, bedreigen zij de eigenheid van de medische zorgverlening. Juist wanneer men de arts-patiëntrelatie als een door het morele aspect gekwalificeerde zorgrelatie opvat, kan men de machtsongelijkheid in die relatie aan een normatief kader binden, namelijk het kader van een moreel appèl: wel te doen aan een mens in nood.

In de tweede plaats betekent het inzicht dat het technische aspect funderend is voor de medische praktijk, dat het medisch-technische de eigen inhoud en het eigen werkveld aangeeft van de zorg die een dokter verleent. *Kenmerkend voor het medische is, zo zagen wij, de gerichtheid op voorkomen, verbeteren of verlichten van nood die het gevolg is van lichamelijke of psychische stoornissen. Het medisch-technische betreft de wijze waarop wordt gehandeld, of beter, behandeld.* Het is bijvoorbeeld duidelijk dat de zorg van een arts voor een patiënt een ander karakter heeft dan de hulp van een maatschappelijk werker, of de zorg van een verzorgende voor een oudere. Een arts *definieert en behandelt* ziekten met vaardigheden en kennis die hij gedurende opleiding en verdere vorming heeft verworven. De zorg van een arts voor zijn patiënt krijgt aldus haar inhoud en werkveld vanuit het competentiegebied van de arts. Dit wordt in belangrijke mate ingevuld door de funderende constitutieve regels van de medische praktijk, de regels verbonden met

het technische aspect, met doelgericht, effectief handelen als normatief principe. (In dit handelen van de arts is zijn [logisch-analytisch gekwalificeerde] wetenschappelijke kennis geïmpliceerd). *De inhoud van deze regels is mede historisch bepaald: wat correct medisch-technisch handelen is hangt af van de stand van de geneeskunde op dat moment.*

Uit het bovenstaande concluderen wij dat de funderende regels mede bepalen wanneer een arts medisch moet handelen, met andere woorden wanneer een behandeling medisch is geïndiceerd. Verantwoord medisch handelen is handelen dat verantwoord kan worden met verwijzing naar de constitutieve regels van de medische praktijk (zie § 4); dit betreft vooral ook de funderende technische regels. Een rapport van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid definieert indicatiestelling dan ook terecht als het "resultaat van een geformaliseerd proces van het op *objectiveerbare wijze* vaststellen van de hulpbehoefte en het vervolgens aangeven van de in dat kader in redelijkheid aangewezen zorg naar aard, inhoud en omvang".⁴³ Meer algemeen gezegd: de medisch-technische en medisch-wetenschappelijke regels maken de medische praktijk niet alleen mogelijk, maar *begrenzen* deze ook.

De hier verdedigde visie op de funderende constitutieve regels betekent ook dat een arts wel handelt naar *aanleiding* van een klacht van de patiënt, maar niet op *grond* van de klacht.⁴⁴ Uitgaande van de klacht stelt de arts een diagnose die leidt tot het voorstellen van een therapie. Dit doet hij op grond van de medisch-professionele deskundigheid. De behandeling wordt dus ingesteld op grond van een medische indicatie. Als geen medische indicatie kan worden gesteld voor een behandeling van de klacht, dan zal de arts als arts terugtreden en eventueel de patiënt doorverwijzen naar andere zorg- of hulpverleners. (Een en ander uiteraard in overleg met de patiënt.)

Het feit dat de arts behoort te handelen op medische indicatie en in overeenstemming met de stand van de geneeskunde op dat moment brengt ook mee dat de professie de kwaliteit van het handelen van de leden van de professie bewaakt. Hierboven (§ 3.2) zagen we dat ook het professionele karakter van de medische zorg dit onderlinge toezicht vereist, ook al omdat het vertrouwen van de zorggebruikers mede is gebaseerd op (zo goed mogelijke) handhaving van de kwaliteit van de medische zorg. Het belang hiervan komt ook tot uitdrukking in het medisch tuchtrecht en het functioneren van medische tuchtcolleges.

3.5 De conditionerende regels

Naast de kwalificerende ethische regels en de funderende technische

regels gelden voor de medische praktijk ook regels die met andere modale aspecten c.q. beoordelingswijzen samenhangen. We noemen deze conditionerende constitutieve regels, omdat die regels niet het medische zelf betreffen noch het medische handelen kwalificeren, maar wel de medische praktijk mede mogelijk maken en begrenzen, ofwel conditioneren. De belangrijkste regels zijn verbonden met het sociale, met het economische en met het juridische aspect. We zullen deze regels kort bespreken en daarbij ook ingaan op tendensen tot overwaardering van sommige typen van regels.

a) Sociale regels

Regels verbonden met de sociale beoordelingswijze hebben betrekking op interactie tussen zorgverlener en zorgvrager, en betreffen bijvoorbeeld de onderlinge bejegening van arts en patiënt, en de openheid en duidelijkheid van de onderlinge communicatie. Competenties op dit terrein zijn voor een goede medische praktijkuitoefening niet bijkomstig, temeer daar hier een overlapping ligt met de funderende technische regels. Immers, tot de technè van de geneeskunst behoort ook het medisch consult en advies, dit wil zeggen het gebruik van het woord. In het bijzonder blijkt dit wel in het afnemen van de anamnese (gesprek met patiënt om voorgeschiedenis van een klacht/ziekte in beeld te krijgen).

b) Juridische regels

De laatste decennia heeft het juridische aspect van de medische praktijk veel aandacht gekregen. Een nieuwe discipline heeft zich gevormd, het gezondheidsrecht. De ontwikkeling hiervan hangt nauw samen met de groeiende maatschappelijke belangstelling voor patiëntenrechten. Drie met elkaar samenhangende factoren vormen hiervan de belangrijkste achtergrond. Dit zijn het autonomie-ideaal, de vertechnering van de geneeskunst en het verlies van ethische consensus. In het autonomie-ideaal verschijnt de mens als een rationeel, onafhankelijk, zelfbepalend individu dat op rationele gronden kiest voor relaties met andere individuen. De arts-patiëntrelatie is in deze visie een relatie tussen twee autonome individuen die wordt aangegaan met het oog op beider belang. Maar omdat in deze relatie de arts binnendringt in de autonomie-sfeer van de patiënt, moeten ter bescherming hiervan beider rechten en plichten contractmatig worden vastgelegd. Deze ontwikkeling is versterkt door de vertechnering, in de zin van de geweldig toegenomen medische macht en de neiging problemen tot technische problemen te herleiden, en ook door het verlies aan ethische consensus in de samenleving.⁴⁵ Mensen

worden door die medische macht gefascineerd, maar voelen zich er tegelijkertijd door bedreigd (zie hfdst. I). De patiënt weet soms niet wat zijn behandelende artsen vinden over wat medisch nog wel en niet kan en moet, en verlangt rechtsbescherming. Met andere woorden, als tegenwicht tegen een te grote nadruk op het technische aspect van de medische praktijk legt men een grote nadruk op het juridische aspect, en daarbij vooral op het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt.

Nu is er veel te zeggen ten gunste van patiëntenrechten en van wetgeving op dit terrein. De actuele situatie maakt het wenselijk dat patiënten zoveel mogelijk worden betrokken bij de besluitvorming omtrent de medische zorg die zij eventueel nodig hebben of wensen. De arts-patiëntrelatie is structureel asymmetrisch. De medische kennis en vaardigheden en de beslissingsbevoegdheid tot gebruik daarvan en de sociale positie van de arts plaatst deze altijd in een machtspositie ten opzichte van de patiënt.⁴⁶ Dit is nog temeer het geval naarmate de patiënt door ziekte in een kwetsbare en afhankelijke positie verkeert.⁴⁷ Deze macht dient daarom genormeerd te worden. De arts heeft wel een zorgplicht maar geen beschikkingsbevoegdheid over de patiënt. Een wettelijke bescherming van de positie van de patiënt is zinvol. Het *recht op informatie* en het *toestemmingsbeginsel* (een patiënt mag niet zonder -expliciete of impliciete- toestemming worden behandeld), die zijn vastgelegd in de op 1 april 1995 van kracht geworden Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), vormen twee concretisering van *juridische regels* voor de medische praktijk die zeer wel de realisering van de bestemming hiervan kunnen ondersteunen.

Maar een eenzijdige nadruk op het zelfbeschikkingsrecht zoals wij in de overheersende gezondheidsethiek en gezondheidsrecht menen waar te nemen, is onwenselijk. In de eerste plaats is de zelfbeschikking in de praktijk altijd begrensd: de geneeskunde vermag niet alles. Het medische handelen kan gezondheid ook niet 'maken'; door te trachten verstoringen en pathologische processen tot staan te brengen en weer naar het normale om te buigen kan het medische handelen de gezondheid *mogelijk* maken.⁴⁸ Het zelfbeschikkingsideaal kan bij patiënten tot onrealistische verwachtingen van medische mogelijkheden leiden en vervolgens tot frustraties. In de tweede plaats kan het zelfbeschikkingsrecht ook theoretisch niet inhouden dat de arts alle technische mogelijkheden op verzoek van de patiënt moet toepassen. Zelfbeschikking is geen 'arts-beschikking'. Dit zou in strijd zijn met het professionele karakter van de medische praktijk. Deze houdt immers in dat de arts de professionele kennis en vaardigheden inzet

ter realisering van de bestemming van de professionele praktijk, i.c. het dienen van het gezondheidsbelang van de patiënt vanuit medisch gezichtspunt. Ten derde is een eenzijdige nadruk op zelfbeschikkingsrecht ongewenst, omdat dan het ethische karakter van de medische praktijk in de concrete zorgverlening wordt verdrongen door het juridische. De ethisch gekwalificeerde vertrouwensrelatie krijgt dan steeds meer het karakter van een juridisch gekwalificeerde contract-relatie.⁴⁹ Dit doet aan de normatieve structuur van de medische praktijk geen recht en zal dan ook uiteindelijk de patiëntenzorg niet ten goede komen. Kort gezegd: een patiënt wiens gezondheid ernstig is aangetast en wiens leven wordt bedreigd, heeft niet slechts behoefte aan iemand die op kundige wijze een medische service verleent, maar aan iemand die *zorgt*, in de volle diversiteit aan betekenissen van het woord.⁵⁰ Met andere woorden, de vertechnisering van de medische praktijk moet niet worden tegengegaan door verjuridisering. Dit zou ook wel eens averechts kunnen werken. De medische zorgverlening zou dan meer en meer een instrument kunnen worden van de 'autonome' wens van de patiënt. *De vertechnisering moet worden teruggedrongen en de macht van de arts moet worden genormeerd door de bovenindividuele normatieve structuur van de medische praktijk te honoreren en door de diversiteit aan normen simultaan te realiseren onder leiding van de ethische bestemming van de praktijk. Deze kan wel door juridische regels, i.c. patiëntenrechten worden ondersteund.*

Dat breder het besef leeft dat het principe van 'zorg' ook bij de toepassing van juridische regels leidinggevend moet blijven, blijkt uit het arrest van de Hoge Raad inzake Chabot, een psychiater die een psychisch lijdende persoon hielp bij zelfdoding. De Hoge Raad stelde daarin dat wanneer er andere mogelijkheden zijn het lijden te verlichten de arts niet mag ingaan op een verzoek tot hulp bij zelfdoding, ook als de patiënt zo'n reëel alternatief in volle vrijheid afwijst.⁵¹ Het zelfbeschikkingsrecht van de patiënt wordt hier ingeperkt door de zorgmogelijkheid en de weigering van hulp bij zelfdoding houdt een appèl in op de patiënt een therapie te ondergaan.

c) Economische regels

De economische regels van de medische praktijk hebben vooral door de zogenaamde 'grenzen van de zorg'-discussie vanaf begin jaren '80, en de discussies over stelselherziening meer en meer aandacht gekregen. Nog altijd worden veel discussies over de medische sector in onze samenleving gedomineerd door overmatige aandacht voor het economische aspect. Men is in toenemende mate gaan letten op de effectiviteit en doelmatigheid van de gezondheidszorg in het alge-

meen en van het medische handelen in het bijzonder.⁵² Op zichzelf is dat niet verkeerd, integendeel. Effectiviteit behoort tot de technische regels en doelmatigheid vormt het normatief principe van het economische aspect. Ook de economische regels zijn constitutief voor de medische praktijk en dienen door de artsen gehonoreerd te worden. Maar dit dient te geschieden onder leiding van de ethische bestemming van de praktijk. Het is het principe van 'zorg', dat bepaalt wat in economische zin aanvaardbaar of verspilling is. Wat de baten zijn van de inzet van bepaalde middelen, kan slechts vanuit het gezichtspunt van 'zorg' worden vastgesteld.

Ook op dit punt van de economische regels bestaat momenteel het gevaar van verzelfstandiging, met andere woorden het gevaar van ver-economisering van de medische zorgverlening. Niet in de laatste plaats in het denken en spreken over zorgverlening waarin termen als aanbieders en vragers, product en prijs/kwaliteit-verhouding zijn ingeburgerd. Maar het is niet gerechtvaardigd de hulpvraag van de patiënt louter als een vraag in de economische zin van de vraag/aanbod-verhouding te beschouwen. Wij hebben gesteld dat de medische grondsituatie bestaat in de directe relatie tussen een arts en een patiënt. Daarbij is de patiënt niet in de eerste plaats consument, maar noodlijdende. Hij heeft een klacht, die voortkomt uit het feit dat hij niet normaal kan functioneren. Juist omdat de arts de patiënt ontmoet in zijn nood, is er sprake van een appèl: ongeacht de te ontvangen tegenprestatie mag men van de arts verwachten dat hij zijn competentie in dienst stelt van de leniging van de nood waarmee hij wordt geconfronteerd. Om die reden is het evenmin gerechtvaardigd om de arts in termen van de aanbodzijde in economische zin als leverancier of dienstverlener te beschouwen. Het model van de gezondheidszorg als een 'markt' waarop autonome consumenten de gewenste zorgproducten kopen, gaat hooguit op voor slechts een klein deel van de zorgverlening, maar betekent voor het overige een bedreiging voor de niet-zo-autonome hulpbehoevende en kwetsbare mens.

3.6 Simultane realisering

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn dat de zorgverleners in de medische praktijk niet de normen verbonden met één bepaald aspect, moeten laten domineren. Gestreefd moet worden naar een *simultane realisatie van normen*, namelijk van normen gerelateerd aan alle normatieve aspecten die met het medische handelen gemoeid zijn. Daarbij wordt de onderlinge verhouding tussen de diverse typen normen en de invulling ervan bepaald door het normatief principe van de beoordelingswijze die kwalificerend is voor de medische prak-

tijk; namelijk de ethische, met als normatief principe 'zorg'.

In de bespreking tot dusver hebben we de funderende en conditionerende regels van de medische praktijk steeds beschouwd vanuit het gezichtspunt van de zorgverlener, het actorperspectief. De zorgverlening in de moderne gezondheidszorg vindt echter plaats in een complex geheel van organisaties en instituties die op allerlei manieren dat primaire zorgverleningsproces mogelijk maken en faciliteren, maar daaraan anderzijds ook randvoorwaarden opleggen. Deze hebben betrekking op diverse typen van regels zoals die gelden voor de medische praktijk. In dit meer systeemtheoretische perspectief zal duidelijk zijn dat de herkomst van de regels vaak ligt op een hoger organisatie-niveau in de gezondheidszorg of de samenleving in het algemeen. Allerlei juridische en economische regels zijn door de overheid in wet- of regelgeving landelijk vastgesteld. Medisch-wetenschappelijke en technische regels, maar ook omgangsvormen voor de arts met de patiënt en met collega's liggen vast in beroepscodes die door de professie als geheel zijn opgesteld. De zorginstelling waarin zorgverleners meestal werken hebben hun eigen regels en overlegstructuren. En zo is meer te noemen. De constitutieve regels die gelden voor de medische praktijk verwijzen voortdurend naar het institutionele kader waarbinnen de medische zorgverlening zich in onze samenleving afspeelt. De diverse instituties die de medische praktijk inkaderen en mogelijk maken, dienen daarbij recht te doen aan de normatieve structuur van die praktijk zoals in dit hoofdstuk uiteengezet. Met andere woorden, de simultane realisering van normen in de medische praktijk vereist de onderlinge afstemming van diverse 'actoren' in het veld van de gezondheidszorg. Dit betekent dat de verantwoordelijke personen binnen die instituties het ethische karakter van de medische zorgverlening en de daarbij behorende verantwoordelijkheid van de zorgverleners dienen te erkennen. Het betekent andersom ook dat de zorgverleners de eigen verantwoordelijkheden van de anderen bij de gezondheidszorg betrokkenen erkennen en respecteren.

De diverse partijen in het veld van de gezondheidszorg hebben hun eigen verantwoordelijkheden. De arts heeft primair een morele verantwoordelijkheid jegens de patiënt. Van hem mag verwacht worden dat hij het heil (de heling of genezing) van de patiënt zoekt en zich daartoe inspant. Zijn handelen dient primair vanuit het gezichtspunt van de zorg te worden beoordeeld. De overheid is bij de gezondheidszorg vooral betrokken uit het oogpunt van rechtvaardigheid, bijvoorbeeld welke vormen van behandeling uit publieke middelen betaald dienen te worden en welke niet en op welke wijze schaarsteproble-

men binnen de gezondheidszorg dienen te worden opgelost, is primair een politieke verantwoordelijkheid. Verzekeraars lijken een primair economisch gekwalificeerde verantwoordelijkheid te bezitten; zij moeten zorgdragen voor een doelmatige financiering van de gezondheidszorg en zijn zo mede verantwoordelijk voor het vormgeven van een doelmatig en ook financieel toegankelijk zorgstelsel. Ook instellingen hebben een eigen verantwoordelijkheid, die evenals die van de zorgverleners primair ethisch is gekwalificeerd. Door de budgettering van instellingen dreigt de instellingsverantwoordelijkheid in de praktijk steeds meer economisch gekwalificeerd te worden. Toch dient het bij de vraag naar de omvang en de interne verdeling van de budgetten primair te gaan om de optimale, dat is zo rechtvaardig en doelmatig mogelijke, afstemming op de zorgbehoefte en niet om optimalisering van de winst. Uiteraard is over de verantwoordelijkheden van de diverse partijen veel meer te zeggen dan de hier gegeven zeer globale kwalitatieve typering. Wat wij met het bovenstaande hebben willen aangeven is dat er diverse verantwoordelijkheden zijn die alle gerealiseerd moeten worden voor een kwalitatief goede gezondheidszorg. Kortom, het gaat niet alleen in de individuele zorgverlening maar ook in de gezondheidszorg als geheel om een *simultane realisering van verantwoordelijkheden en van normen*. Het voert te ver dit hier verder uit te werken.⁵³

4. Regulatieve zijde van de medische praktijk

In de bovengegeven structuuranalyse van de medische praktijk hebben we ons beperkt tot de constitutieve zijde ervan. In onze algemene beschouwing van normatieve praktijken hebben we ook het belang benadrukt van de regulatieve zijde van praktijken, omdat in de concrete praktijkuitoefening de normatieve structuur ervan altijd wordt gerealiseerd onder leiding van fundamentele motivaties en overtuigingen (§ 2.3). Op de inhoud van dergelijke overtuigingen die de uitoefening van de medische praktijk sturen, zijn we hoofdstukken I en II reeds ingegaan. In deze paragraaf gaan we hierop nog kort in.

In de medische praktijk zullen opvattingen van zowel artsen als patiënten omtrent gezondheid, ziekte, geneeskunst, het goede leven, etc., reguleren hoe constitutieve regels worden toegepast. Vaak blijven dergelijke regulatieve ideeën en concepten in de medische praktijk tamelijk impliciet. In onze samenleving hebben ideeën die de kennis van de wetenschappen te boven gaan, hun legitimiteit in het publieke debat grotendeels verloren. Wereldbeschouwingen en religieuze en morele overtuigingen worden veelal gezien als subjectieve

perspectieven die niet rationeel gerechtvaardigd kunnen worden. Maar dit wil nog niet zeggen dat ze in het dagelijkse leven onbelangrijk zijn. Want nu de medische praktijk niet langer wordt gereguleerd door een gemeenschappelijke levens- en wereldbeschouwing, dreigen wetenschap en techniek zelf steeds meer de regulerende functie van een levensbeschouwing te gaan innemen (zie hfdst. I, § 9). Dit vormt de achtergrond van het verschijnsel dat wetenschap en techniek een schijnbaar autonome rol in de medische praktijk lijken te vervullen (de zogenaamde 'technologische imperatief'), waardoor de ethische normering steeds achteraf moet plaatsvinden en vaak meer procedureel is dan inhoudelijk.

De in hoofdstuk II uiteengezette opvattingen omtrent gezondheid, ziekte, lijden en dood en de taak van de geneeskunde houden in dat de taak en verantwoordelijkheid van de arts duidelijke beperkingen kennen. De ervaring laat onzes inziens zien dat in de medische praktijk altijd een regulatief idee fungeert van normaliteit, van gezondheid. Deze normaliteit en gezondheid kunnen weliswaar niet exact worden gedefinieerd - iets wat algemeen geldt voor regulatieve ideeën - en de inhoud ervan ligt ook niet voor altijd vast. Maar het intuïtieve besef ervan geeft aan in welke richting men met medische ingrepen de toestand van de patiënt wil beïnvloeden. Medisch handelen is immers gericht op preventie, herstel of verlichting van stoornissen, aandoeningen, handicaps, ziekte welke verstaan worden als desintegratie, als een aantasting van de integriteit van het menszijn. Gezondheid en normaliteit vormen twee van de onvermijdelijk mede levensbeschouwelijk bepaalde *noties en overtuigingen* die behoren tot de regulatieve zijde van de medische praktijk. Ze hebben onzes inziens een normatieve betekenis die ook in de begrenzing van de medische praktijk dient te blijken. Het dient in de geneeskunde te gaan om het behandelen van het pathologische, niet om het transformeren van het fysiologische, om herstel van integriteit, niet om het tot stand brengen van een herordening, een reconstructie.⁵⁴ Bij de laatste soort ingrepen wordt geneeskunde tezeer een instrument tot beheersing van het menselijk bestaan en wordt de normativiteit die in het gegeven 'normale' bestaan ligt besloten, onvoldoende gehonoreerd.

Dat in de geneeskunde een regulatief idee van gezondheid fungeert wil overigens niet zeggen dat een hooggegrepen gezondheidsideaal als dat van de WHO - een toestand van volledig lichamelijk, psychisch en sociaal welzijn - het concrete behandeldoel van de medische praktijk zou moeten zijn. Beslist niet. Dit zou namelijk te zeer een vereenzelviging betekenen van gezondheid met heil in de zin van geluk en

levensvervulling en zou het medische handelen een religieuze lading geven (vgl. hfdst. II, § 5.1). Dit leidt nu juist tot een steeds verdergaande medicalisering van het maatschappelijke en individuele leven en tot de gesignaleerde overschatting van de medische mogelijkheden en dientengevolge tot een bedreiging van de keuzevrijheid en de integriteit van de patiënt. Een geneeskunde die niet een eigen professionele ethiek heeft, wordt gemakkelijk een instrument van de overheersende ideologie.

5. Verantwoording van het medisch handelen

In bovenstaande paragrafen is de normatieve structuur van de medische praktijk uiteengezet. Wat betekent deze analyse nu voor de verantwoordelijkheid van de beoefenaars van praktijken in het algemeen en van de medische praktijk in het bijzonder? Het antwoord op deze vraag is van belang voor de formulering van onze medische ethiek die we immers omschrijven als bezinning op het verantwoorde medische handelen. We behandelen deze vraag in twee stappen. In de volgende paragraaf gaan we in algemene zin in op het afleggen van verantwoording. Daarna bespreken we de relatie van verantwoordelijkheid tot (medische) praktijk.

5.1 Verantwoording afleggen

Het begrip verantwoordelijkheid is populair in de ethiek.⁵⁵ Het begrip is echter meerduidig en een zinnig gebruik vereist een nadere verheldering en invulling. We gaan er in dit verband slechts zover op in als nodig is voor de lijn van ons betoog.

Wanneer het gaat over verantwoordelijkheid hebben we tenminste te maken met een *actor* die verantwoordelijk is jegens een *bepaalde persoon of instantie* voor een *bepaalde zaak of stand van zaken*. Handelingen van een verantwoordelijke actor dienen gericht te zijn op de gewenste stand van zaken en moeten kunnen worden verantwoord jegens de betreffende instantie (deze instantie kan ook het geweten zijn). Verantwoording afleggen van het handelen betekent dat men daarvoor redenen kan aanvoeren. Ieder die handelt kan op zijn handelingen worden aangesproken. Zo kan de zorgverlener worden aangesproken op zijn zorgverlening. Dit wil overigens nog niet zeggen dat mensen zich ook altijd daadwerkelijk kunnen verantwoorden.

In het dagelijkse leven is het vaak zo dat verantwoording van het handelen wordt gevraagd, waar de vanzelfsprekende gang van zaken wordt onderbroken. Dan kan de vraag "waarom doe je dat (zo)?" gesteld worden en wordt gevraagd zich te verantwoorden.

Bijvoorbeeld een huisarts die een specialist opbelt om te vragen waarom een patiënt langer op opname moet wachten dan was besproken. Iemand wordt verantwoordelijk gesteld voor het onderbreken van de gebruikelijke of verwachte loop der dingen en moet zich dienaangaande verantwoorden.

Het afleggen van verantwoording kan zich in tal van verschillende situaties voordoen. Het kan blijken dat de gebruikelijke gang van zaken onderbroken is door een misverstand: men had elkaar verkeerd begrepen of beschikte over onjuiste informatie. Ook kan blijken dat iemand onbekend was met de geldende normatieve en sociale verhoudingen; één van de betrokkenen kende bijvoorbeeld de regels niet of onvoldoende. Tevens is het mogelijk dat iemand heeft gehandeld op grond van subjectieve ervaringen of belevingen, die voor de anderen onbekend waren. Bijvoorbeeld een arts die een 'slecht nieuws'-gesprek langer uitstelt dan de bedoeling was, omdat hij zich door bepaalde gebeurtenissen in eigen gezin daartoe niet goed in staat voelde. In die gevallen zal het proces van verantwoording meestal leiden tot een groter wederzijds begrip, zodat het handelen weer zijn normale loop kan nemen.

Het is echter ook denkbaar dat de vraag zich te verantwoorden een fundamenteeler achtergrond heeft en bijvoorbeeld betrekking heeft op de juistheid van bestaande regelingen of op de wijze waarop bepaalde zaken tot dan toe werden aangepakt, bijvoorbeeld het beleid inzake niet-reanimeer-beslissingen. De redenen die worden aangevoerd voor het doorbreken van het bestaande beleid overtuigen de instantie die ter verantwoording roept (bijvoorbeeld de zorginstelling of inspectie) niet onmiddellijk. Dan is tenminste nader overleg nodig.

Tenslotte kan het blijken dat personen niet bereid zijn verantwoording af te leggen van hun daden, doordat ze reageren met een bot: "bemoei je met je eigen zaken". Overigens hoeft een dergelijke weigering niet altijd onterecht te zijn - de vorm daargelaten - want niet iedereen is altijd jegens iedereen verplicht verantwoording af te leggen. Toch stuiten we hier op iets dat essentieel is voor het verschijnsel verantwoordelijkheid: de mogelijkheid om de eigen verantwoordelijkheid te ontlopen of de weigering verantwoording af te leggen.

Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat men met betrekking tot processen van verantwoording kan onderscheiden tussen drie niveaus. Men kan de waarheid van de interpretatie van de werkelijkheid, de feiten waarop de handeling is gebaseerd, ter discussie stellen. In de tweede plaats kan men de normatieve juistheid van de handeling binnen de betreffende sociale context betwisten; voor een normatieve praktijk betekent dit dat de competentie van de actor

wordt betwist. Deze twee niveaus van verantwoording hebben betrekking op de constitutieve regels van een praktijk. Tenslotte kan men het handelen van de actor beoordelen ten aanzien van de vraag naar de waarachtigheid van de actor.⁵⁶ Hierbij gaat het vooral om de regulatieve zijde van de praktijk. We werken dit in de volgende paragraaf uit.

5.2 Verantwoordelijkheid en praktijk

Hoe laat het bovenstaande zich verbinden met het hierboven uiteengezette praktijkbegrip? We grijpen hierbij terug op het onderscheid tussen constitutieve en regulatieve zijde van een normatieve praktijk. Het afleggen van verantwoording over de eigen handelingen binnen een praktijk houdt in dat men onder verwijzing naar de constitutieve regels voor de betreffende praktijk, uitlegt waarom men zus of zo heeft gehandeld. Dit betreft de verantwoording op de eerste twee van de bovengenoemde drie niveaus. Verantwoordelijkheid veronderstelt dus altijd een geheel van regels, dat het mogelijk maakt betekenisvol te handelen en tevens handelingen kritiseerbaar maakt. Een competente beoefenaar van de medische praktijk kan zich met betrekking tot zijn handelen binnen die praktijk verantwoorden op grond van de constitutieve regels.

De behandeling van het begrip 'verantwoordelijkheid' binnen een praktijk krijgt een grotere diepte als ook wordt gekeken naar de regulatieve zijde van het praktijk-begrip. De verantwoordelijkheid van mensen gaat verder dan het zich verantwoorden op basis van geldende regels of normen. Vanuit regulatief gezichtspunt heeft menselijke verantwoordelijkheid ook betrekking op de keuze om aan bepaalde praktijken deel te nemen, om verantwoordelijkheid te nemen voor het (voort)bestaan van bepaalde praktijken en voor de uitbouw en ontwikkeling daarvan. Iemand die bijvoorbeeld besluit aan de medische praktijk deel te nemen, aanvaardt verantwoordelijkheid voor het beantwoorden aan de regels die voor die praktijk gelden. De geldigheid van de regels wordt daarmee beaamd; ook voor deze beslissing is die persoon verantwoordelijk. Men kan echter ook zijn verantwoordelijkheid ontlopen of proberen de verantwoording te ontwijken. Wanneer bijvoorbeeld een arts het voorschrijven van, gezien zijn patiëntenpopulatie, onevenredig veel slaapmiddelen verdedigt met een simpel beroep op zijn professionele autonomie, dan wordt de verantwoordelijkheid in feite ontlopen. Duidelijk is dat het nemen van verantwoordelijkheid uiteindelijk een persoonlijke zaak is. Tegelijkertijd gaat het om de houding van de persoon tegenover zaken die allerminst individueel zijn. Praktijken zijn immers samen-

hangen van sociaal gevestigd gedrag. Anders gezegd: praktijken doen een appèl op individuen zich verantwoordelijk te gedragen. Dit houdt in gestalte geven aan de bestemming van de praktijk door het opvolgen van de regels.

Een beroep op de geldende regels kán uiteindelijk een ontoereikende verantwoording zijn. Soms moeten de constitutieve regels van een (sociale) praktijk zoals die in een bepaalde historische en culturele situatie worden gehanteerd, worden overschreden. Een bekend voorbeeld is het verzet van de Nederlandse artsen tegen voorschriften van de Duitse bezetter (juridische regels) inzake het doorspelen van patiëntengegevens. Een dergelijke handelwijze impliceert een bepaalde interpretatie van de regels en hun onderlinge verhouding, waarvoor de arts een beroep moet doen op de levensbeschouwelijke gezichtspunten die het handelen (binnen de praktijk) sturen en die behoren tot de regulatieve zijde van de praktijk. In deze regulatieve zijde treedt dan ook in het bijzonder het persoonlijke en 'creatieve' aspect van verantwoordelijkheid aan het licht.

Binnen praktijken, ook binnen de medische praktijk, wordt praktijkbeoefenaars op vele manieren gevraagd zich omtrent hun handelen te verantwoorden. Maar dit heeft alleen zin wanneer praktijkbeoefenaars, i.c. artsen, zich ook daadwerkelijk aanspreekbaar opstellen.⁵⁷ Gezien het bovenstaande is deze 'aanspreekbaarheid' cruciaal. Artsen kunnen zich met betrekking tot het medische handelen niet altijd zondermeer beroepen op de regels die dan voor de medische praktijk gelden. Zij dienen zich soms ook rekenschap te geven van de vraag waarom zij de regels van hun praktijk opvolgen en van de 'richting' die zij hun praktijkuitoefening geven. Zij doen dit op basis van fundamentele motivaties en overtuigingen die wij het *ethos* noemen. Anders gezegd, onder het *ethos* verstaan wij die fundamentele overtuigingen, op basis waarvan mensen bereid zijn verantwoordelijkheid op zich te nemen en zich aanspreekbaar opstellen, dit wil zeggen bereid zijn zich omtrent hun handelen binnen bepaalde praktijken te verantwoorden. Hoewel deze verantwoordelijkheid individueel en onoverdraagbaar is, geldt dit niet voor een *ethos*. Een *ethos*, het geheel van overtuigingen waarop men zich aanspreekbaar toont, heeft dikwijls een 'gemeenschapskarakter': zij worden door meerdere mensen of door gemeenschappen gedeeld. Maar binnen de medische professe bestaat, evenals binnen de bevolking in het algemeen, een verscheidenheid aan wereld- en levensbeschouwelijke opvattingen die in de beroepsuitoefening en in de verantwoording ervan een rol spelen (zie § 4). Op de vraag hoe we in onze visie op ethiekbeoefening met dit pluralisme willen omgaan, gaan we in hoofdstuk VI nader in.

Noten bij hoofdstuk III

1. Op ethiek als wetenschappelijke discipline en op normatieve ethische theorieën komen we in hoofdstuk V terug. We zijn ons ervan bewust dat een ethische bezinning op de gezondheidszorg niet kan volstaan met een bezinning op het handelen van artsen. Wel zijn we van mening dat de ethische vraagstukken in de gezondheidszorg benaderd dienen te worden vanuit een analyse van de concrete patiëntenzorg en van de daarvoor geldende ethiek. In dit boek concentreren we ons daarbij op de arts.
2. Een andere benaderingswijze, namelijk vanuit de gezondheidszorg als systeem, zal slechts kort aan de orde worden gesteld tegen het einde van dit hoofdstuk (§ 3.6) Voor een uitvoeriger bespreking van een systeem-benadering van de gezondheidszorg zie: J.J. Polder, J. Hoogland, H. Jochemsen, *Professie of profijt?* Lindeboomreeks dl. 9, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996. Overigens lijkt ons dat het in dit hoofdstuk uitgewerkte praktijkbegrip een brug slaat tussen een handelingstheoretische en een systeemtheoretische benadering.
3. Daarbij is het in eerste instantie niet belangrijk of de betekenis in de handeling zelf (Webers waarde-rationeel gedrag) of in het resultaat daarvan (Webers doelrationeel gedrag) gelegen is; zie M. Weber, *Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehende Soziologie*, 5e revidierte Auflage besorgt von J. Winckelmann, Tübingen: Mohr (Paul Siebeck) 1980, pp. 12v.
4. In deze definiëring van handeling en gedrag volgen wij: H. bij de Weg, *De betekenis van zin voor het begripen van handelingen*, Kampen: Kok Agora 1996, pp. 108-116.
5. Letterlijk vertaald luidt de definitie: "Elke samenhangende en gecompliceerde vorm van sociaal gevestigde, menselijke samenwerkings-activiteit, waardoor goederen die aan die vorm van activiteit inherent zijn, worden gerealiseerd door middel van het nastreven van die kwaliteitsmaatstaven ('standards of excellence'), die eigen zijn aan en gedeeltelijk definiërend zijn voor die vorm van activiteit met het resultaat dat de menselijke vermogens om uit te blinken in de realisatie van die goederen en het menselijke begrip van de betrokken doelen en goederen, systematisch worden uitgebreid. Zie: A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, London: Duckworth 1985², p. 187.
6. H. Bouma III, D. Diekema, E. Langerak, T. Rottman, A. Verheij, *Christian faith, health and medical practice*, Grand Rapids: Eerdmans 1989, p. p.103-105.
7. Vgl. B. Gremmen, *The mystery of the practical use of scientific knowledge*, Enschede: Proefschrift Universiteit Twente 1993.
8. Het onderscheid tussen constitutieve en regulatieve regels is ontleend aan: J. Searle, *Speech acts*, Cambridge 1969, al worden die begrippen door ons anders ingevuld dan door Searle.
9. Een voorbeeld is het spreken van een taal. De meeste Nederlanders zullen niet naar geloven van taal verwisselen en plotseling een punt zetten achter het gebruik van de Nederlandse taal. Zij zijn (veelal door geboorte) in deze taalgemeenschap terechtgekomen, leren deze taal beheersen (verwerven de competentie tot gebruik van het Nederlands) en zullen van hun geboorte tot hun dood deel blijven uitmaken van de Nederlandse taalgemeenschap. Toch betekent dit niet dat het Nederlands eens en voor altijd vastligt. Dagelijks voltrekken zich minime veranderingen, die gedurende een mensenleven ingrijpend kunnen zijn. Veranderingen in spelling, maar ook in grammaticale regels. Door de taal te beheersen en te gebruiken zijn we tevens medeverantwoordelijk voor haar voortbestaan en toekomstige gezicht. De manier waarop wij onze taal vandaag anders dan voorheen gebruiken, kan bepalend zijn voor wat in de toekomst als een constitutieve regel van de taal zal worden opgevat.

10. Zie voor deze term: J. Klapwijk, 'Ethisch pluralisme en de opdringerigheid van het universele', in: Th. de Boer, S. Griffioen (red.), *Pluralisme. Cultuurfilosofische beschouwingen*, Amsterdam/Meppel: Boom, 1995, p. 182v.
11. Zie hierover verder § 3.4 van dit hoofdstuk en hoofdstuk IV.
12. We sluiten hierin aan bij de filosofie van H. Dooyeweerd en D.H.Th. Vollenhoven die aan de werkelijkheid een vijftien-tal zgn. modale aspecten onderscheidt, die niet tot elkaar te herleiden zijn. Deze aspecten zijn ook te beschouwen als ervaringswijzen, d.w.z. als wijzen waarop de mens de werkelijkheid ervaart, en als gezichtspunten van waaruit men dingen in de werkelijkheid kan beoordelen. Voor een introductie in deze wijsgerige stroming zie: R. van Woudenberg, *Gelovend denken*, Amsterdam/Kampen: Buijten & Schipperheijn/Kok 1992.
13. Vgl. T. Puolimatka, *Moral realism and justification*, Helsinki 1989, p. 143.
14. De term is ontleend aan: T.P. van der Kooy, 'De gereformeerde wereld en de theologie', *AR Staatskunde* (1974) no. 2, pp. 37-56; aangehaald in: H.E.S. Woldring, D.Th. Kuiper, *Reformatarische maatschappijkritiek - Ontwikkelingen op het gebied van de sociale filosofie en sociologie in de kring van het Nederlandse protestantisme van de 19e eeuw tot heden*, Kok: Kampen 1980, p. 154; vgl. T.P. van der Kooy, *Op het grensgebied van economie en religie*, Wageningen 1957.
15. Het is niet mogelijk om de 'harde' kern of het grondprincipe van een bepaalde ervarings- en beoordelingswijze wetenschappelijk te bewijzen of op begrip te brengen. Wij kennen deze kern slechts intuïtief, idee-matig.
16. S. Strijbos (red.), *De medische ethiek in de branding. Een keuze uit het werk van Gerrit Arie Lindeboom*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1992, pp. 121v.
17. KNMG, 'Professioneel kiezen', in: *Medisch Contact* jg. 47 (1992), nr. 3.
18. Dekkers maakt een onderscheid tussen een vijftal vormen van geneeskunde: een palliatieve (gericht op verlichting van het lijden), een curatieve (gericht op geneezing), een preventieve (gericht op het voorkómen van ziekten of de gevolgen daarvan), een transformatieve (gericht op het veranderen van de structuur of het functioneren van het lichaam voor andere dan palliatieve, curatieve of preventieve doelen) en tenslotte een informatieve geneeskunde (gericht op het verkrijgen en mogelijk overdragen van informatie, bijvoorbeeld over de genen-structuur e.d.). Zie: W.J.M. Dekkers, 'Technologie en de doelstellingen van de geneeskunde', in: *Filosofie en Praktijk* jg. 15 (1994) no. 1, pp. 31-42.
19. Al zijn wij van mening dat de grens van wat nog geneeskunst genoemd kan worden soms wordt overschreden; zie ook: H. Jochemsen, 'Geslachtsaanpassende ingrepen en geneeskunst als professionele praktijk', in: H. Jochemsen (red.), *Transseksualiteit*, Rapport van het Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 13, Ede 1996, pp. 119-132.
20. Vgl. E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, *For the patient's good. The restoration of beneficence in health care*, New York/Oxford: Oxford University Press 1988, p. 68: "We conclude that concern for the health of patients, for those who suffer a potential or real lack of health, creates the ethical character of the profession".
21. Zie Webster's *Third New International Dictionary* bij het lemma 'profession'; zie ook J. Hoogland, J.J. Polder, S. Strijbos, H. Jochemsen, *Professioneel beheerst*, Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut nr. 12, Ede 1995, hfdst. 3.
22. Vgl. P.U. Unschuld, 'Professionalisierung und ihre Folgen', in: H. Schipperges, E. Seidler, P.U. Unschuld (red.), *Krankheit, Heilkunst, Heilung*, Freiburg/München 1978, pp. 519-520. Unschuld concludeert dat de centrale betekenis van het professie-begrip het nastreven is van het belangeloos verlenen van een publieke dienst en de onafhankelijkheid bij de uitoefening van de activiteiten die typisch zijn voor de betreffende professie.
23. Deze ethische verbintenis van de medische professie is ook vastgelegd in

- medisch-ethische codes. De verklaring van Genève van the World Medical Association stelt bijvoorbeeld: "The health of my patient will be my first consideration" en de verklaring van Helsinki zegt in haar introductie: "It is the mission of the medical doctor to safeguard the health of the people".
24. "(W)ithout including moral content we cannot differentiate the moral field from other normative fields". Zie: T. Puolimatka *a.w.*, p.143.
 25. Het principe dat leiding geeft aan het ethische aspect is volgens Dooyeweerd de (modale) *liefde*. Strijbos spreekt over de "ethische norm van liefde en zorg", S. Strijbos, *Het technische wereldbeeld*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1988, p. 197. Dooyeweerd noemt als voorbeeld van door het morele aspect gekwalificeerde verbanden de maatschappelijke filantropie; zie H. Dooyeweerd, *De wijsbegeerte der wetsidee*, Amsterdam: Paris 1935-1936, deel III p. 529). Naast de modale liefde onderscheidt Dooyeweerd echter ook een idee van liefde als de vervulling en radicale eenheid van de tijdelijke zin in het Goddelijke scheppingsplan; H. Dooyeweerd, *A new critique of theoretical thought*, Amsterdam/Philadelphia: Presbyterian and Reformed Publishing Company 1953-1958, vol. III p. 71. Deze moet nadrukkelijk onderscheiden worden van de liefde als modale zinkern van het morele aspect (Dooyeweerd (1935-1936), deel II p. 98).
 26. Puolimatka *a.w.*, p. 144: "the duty of benevolence".
 27. Puolimatka *a.w.*, p. 144: "the moral concept of benevolence" als "a normative attitude which regards the well-being of others as intrinsically valuable".
 28. Puolimatka *a.w.*, p.145: "the meaning-centre of morality in the sense that moral principles are qualified in their meaning-content by this principle".
 29. Aan een letterlijke vertaling van 'benevolence' kleven bezwaren. Letterlijk betekent het welwillendheid of goedwillendheid, maar deze begrippen hebben in ons alledaags taalgebruik een notie van minzaamheid gekregen die in onze context misplaatst zou zijn. In een vorige publicatie gebruikten wij het woord 'weldoen' (Polder et al. *a.w.*, p. 49). Omdat dit woord de letterlijke vertaling is van het Engelse 'beneficence' en niet van 'benevolence', het niet de notie van gezindheid, intentie heeft en het in een andere betekenis wordt gebruikt in het bekende boek van T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York: Oxford UP 1989⁴, achten wij 'weldoen' minder gelukkig als aanduiding van de zinkern van het ethische. Vandaar dat wij het woord 'zorg' gebruiken. Dit kan ook meerdere betekenissen hebben (vgl. H.J. Curzer, 'Is care a virtue for health care professionals?', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 18 (1993), pp. 51-69). In ons gebruik bedoelen we zowel het zorg hebben voor iets of iemand, als een houding van betrokkenheid, alsook het zorgen, het concreet verrichten van activiteiten ten behoeve van iemand. Vgl. B.S. Cusveller (red.), *Zorg dragen*, Lindeboomreeks dl. 8, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996, pp. 18-34. Wanneer we zorg gebruiken als zinkern van het ethische, in onderscheid van ander gebruik, zullen we het tussen aanhalingstekens zetten, dus: 'zorg'.
 30. Vgl. T. Beauchamp, J. Childress *a.w.*, pp. 259-325.
 31. E. Pellegrino, D. Thomasma *a.w.*, p. 111.
 32. E. Pellegrino, D. Thomasma, *a.w.*, p.111. Het onderscheid tussen 'benevolence' ("wishing the patient's good") en 'beneficence' ("doing the patient's good") bij Pellegrino en Thomasma wordt gekoppeld aan het onderscheid tussen een 'virtue-based ethic' en een 'duty-based ethic' (pp. 120vv.) en sluit dus aan bij het onderscheid tussen 'deugd' en 'plicht'. Pellegrino en Thomasma zien deze als nauw op elkaar betrokken. Inderdaad dient ervoor gewaakt te worden dat een van beide eenzijdig met het ethische wordt verbonden en een tegenstelling ontstaat tussen een deugd 'goed willen doen' (qua intentie) en een plicht 'goed moeten doen'. In de zienswijze van Puolimatka, bij wie wij ons aansluiten,

- behoort de overbrugging van deze tegenstelling juist tot de zinkern van het ethische. Naar onze opvatting vinden de verschillende ethische invalshoeken een verbinding in het begrip verantwoordelijkheid (zie hoofdstuk 6 van dit boek).
33. Puolimatka *a.w.*, pp. 144vv.: "because a person can also act beneficently out of prudential considerations, in which case his action does not count as morally virtuous. And, as Rescher has suggested, 'the issue of motivation is crucial to morality and provides a sharp border at the theoretical level to separate morality from prudence'. But at the same time it is true that the moral principle of benevolence is not concerned merely with attitudes and intentions, but it requires certain kinds of actions promoting the good of others. Thus the principle of benevolence requires man to promote the good of others from the intention of doing so". Voor het citaat zie: N. Rescher, *Unselfishness - The role of the vicarious affects in moral philosophy and social theory*, Pittsburgh 1975, pp. 68vv.
 34. Voor een nadere uitwerking hiervan zie onze bespreking van het 'zorgdebat' in: Polder et al. *a.w.*, pp. 135-141.
 35. Puolimatka, *a.w.*, p. 149.
 36. Vgl. voor de antiïnomieën met betrekking tot de verhouding tussen rechtvaardigheid en zorg: J. Duyndam, 'Zorg en generositeit', in: H. Manschot, M. Verkerk (red.) *Ethiek van de zorg, een discussie*, Amsterdam: Boom 1994, pp. 119-150.
 37. Vgl. D.L. Hawthorne, N.J. Yurkovich, 'Caring: the essence of the health care professions', *Humane health care international* 12 (1996), nr. 1, pp. 27-28.
 38. H. Schipperges, 'Motivation and Legitimation des Ärztliche Handelns', in: H. Schipperges, E. Seidler E, P.U. Unschuld *a.w.*, p. 460.
 39. Zie bijvoorbeeld Wolters-Noordhoff Grieks woordenboek en Webster's Third New International Dictionary.
 40. Schipperges *a.w.*, p. 471.
 41. Rager spreekt naast theoretische en toegepaste wetenschap ook nog van praktische wetenschap, waartoe hij de geneeskunde rekent. Onder de eerste verstaat hij de wetenschap voorzover zij is geïnteresseerd in principes en systemen van algemene uitspraken. Toegepaste wetenschap houdt zich bezig met het zoeken naar de meest werkzame middelen voor het bereiken van bepaalde doelen. Onder praktische wetenschap verstaat hij wetenschappen die zich primair richten op het individu, dat uniek en onvervangbaar is. Het hoofddoel van praktische wetenschappen is met betrekking tot een individu adequaat te handelen. Dat vereist een adequate beoordeling van het individuele geval om op grond daarvan de juiste maatregelen te kunnen treffen. In de geneeskunst lijkt het daarom vooral te gaan om wat men het oordeels- of beoordelingsvermogen zou kunnen noemen. Vgl. G. Rager, 'Medizin als praktische Wissenschaft. Zur Grundlegung des ärztlichen Handelns', in: *Arzt und Christ* jg. 37 (1991) nr. 2, pp. 75-85. Hoofdstuk IV van deze uitgave gaat uitvoerig in op deze problematiek.
 42. De technische praktijk zelf is weer gefundeerd in de wetenschappelijke; zie E. Schuurman, *Filosofie van de technische wetenschappen*, Leiden: Nijhof 1990, i.h.b. dl.II. Overigens worden in de wijsbegeerte van Dooyeweerd en Vollenhoven, waaraan ideeën in deze beschouwing zijn ontleend, wetenschap en techniek niet als modale aspecten beschouwd. Wel is sprake van het logisch-analytische aspect dat kwalificerend (constitutief in typische zin) is voor de wetenschap en van het historische aspect, dat kwalificerend is voor de techniek. Het zou derhalve zuiverder zijn te zeggen, dat de praktijk van techniek voor de medische praktijk fundeerd is, zoals de praktijk van wetenschap dat is voor die van techniek en daarmee indirect ook voor de medische praktijk. Dat betekent tegelijk dat de voor die praktijken geldende regels en normen op een bepaalde manier ook terugkeren in de medische praktijk.
 43. Nationale Raad voor de Volksgezondheid, *Indicatiestelling en zorg op maat*,

Zoetermeer: NRV 1994, p. 9.

44. In de hedendaagse praktijk is dit niet meer algemeen het geval. Zo is er met name in de huisartsgeneeskunde een grensgebied waar een verzoek van de patiënt zwaar meeweegt bij een besluit een recept of verwijzing af te geven, bijv. slaappmiddelen. Toch zal ook dan naast het verzoek tevens een indicatie bestaan met betrekking tot lichamelijk of psychisch functioneren (i.c. slaapproblemen, met mogelijke implicaties voor de gezondheid). Verder is het zo dat vooral op het terrein van de voortplanting ingrepen plaatsvinden door artsen zonder duidelijke medische indicatie, omdat de patiënt/cliënt erom vraagt. Overigens gaat het dan soms om ingrepen waartegen ook vanuit ethisch gezichtspunt ernstige bezwaren zijn aan te voeren. Het duidelijkste voorbeeld is wel abortus provocatus zonder medische indicatie. Een ander, ethisch minder omstreden voorbeeld van een invasieve ingreep die ook plaatsvindt op grond van het verzoek van de patiënt, is sterilisatie. Als interessante casus van 'wensgeneeskunde' plaatsen wij hierbij enkele kanttekeningen. Allereerst gaat het bij sterilisatie om een ingreep die in bepaalde gevallen om duidelijke medische redenen kan worden uitgevoerd (gezondheid van moeder en/of kind). Dat betekent dat op zichzelf de ingreep niet in strijd is met medisch-professioneel handelen, maar dat inmiddels door de grotere nadruk op de autonomie van de patiënt het 'indicatiegebied' zo ver is opgerekt dat feitelijk de ingreep plaatsvindt op verzoek van de persoon. Overigens roept dit weer de nodige problemen op gezien de vraag om refertilisatie, en soms zelfs om een reageerbuisbevruchting-behandeling na sterilisatie van de vrouw. Verder is sterilisatie een betrekkelijk eenvoudige, niet erg invasieve, noch erg riskante ingreep die in een aantal gevallen ook reversibel blijkt te zijn. Er zijn dus niet zulke zwaarwegende medische contraïndicaties. In de vierde plaats is sterilisatie om niet-medische redenen binnen de beroepsgroep lange tijd afgewezen, juist omdat dan voor de ingreep geen medische indicatie bestaat en die derhalve geen zaak voor de medicus is (zie bijv. G.A. Lindeboom, *Opstellen over medische ethiek*, Kampen: Kok 1960, p. 71-72; vgl. ook J. de Graaf, 'Sterilisatie, ethische aspecten', in: A.G.M. van Melsen et al., *Recent medisch-ethisch denken II*, Leiden: Stafleu 1970, p. 2276-2288).
45. Ook deze twee ontwikkelingen hangen weer onderling samen: doordat het wetenschappelijk-technische wereldbeeld bepalend is geworden in het publieke leven, zijn ethiek en religie naar de marge van de 'subjectieve opvattingen' gedrongen (zie hfdst. I van dit boek).
46. H. Brody, *The healer's power*, New Haven/London: Yale University Press 1992, hfdst. 1, 3. Brody betoegt dat die macht in de medische zorg zo belangrijk is dat een medische ethiek daaraan niet voorbij mag gaan.
47. W.K. van Dijk, 'Opvattingen over ziek-gezond en de visie op medische ethiek', in: S. Strijbos (red.), *Nieuwe medische ethiek*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1985, pp. 57-65.
48. Viktor von Weizsäcker heeft gesteld "dass keine Therapie, auch nicht die einer noch so perfektionierten Heiltechnik, die Gesundheit machen könne, dass sie diese vielmehr immer nur mehr oder weniger ermögliche", in: Schipperges *a.w.*, p. 487.
49. Vgl. S. Strijbos *Het technische wereldbeeld*, hfdst. 5.
50. Vgl. J. Duyndam *a.w.*, p.141.
51. Arrest Hoge Raad, dd. 21 Juni 1994 inzake B.E. Chabot; zie *Pro Vita Humana* jg. 1 (1994) nr. 2, p. 63.
52. De effectiviteit en de doelmatigheid vormen twee van de criteria die door de Commissie 'Keuzen in de zorg' zijn geformuleerd en waaraan de zorgvoorzieningen moeten voldoen om in het verplichte, voor ieder toegankelijke basispakket te komen; Zie: Commissie Keuzen in de zorg, *Kiezen en delen*, Den Haag: SDU

- 1991, hfdst. 6; zie ook Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut (red.), *De grenzen gewaardeeld. Keuzen in de gezondheidszorg na 'Dunning'*, Lindeboomreeks dl. 6, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1994.
53. Het handelen van elk van de partijen zou beschreven kunnen worden als een normatieve praktijk, zoals we dat voor de medische praktijk hebben uitgewerkt. Dit houdt in dat de verantwoordelijkheid van elk van de diverse partijen de simultane realisering vereist van de constitutieve regels van de betreffende praktijk. Zie ook Polder et al. *a.w.*, hfdst. 4.
 54. Vgl. Schipperges *a.w.* p. 481; zie ook G. Roth, 'Die Idee des Konservativen in der Medizin', in: *Medizin und Ideologie* jg. 18 (1996) nr. 2, p. 26-27. Een voorbeeld van een grensoverschrijding is onzes inziens reageerbuisbevruchting bij vrouwen na een 'normale' menopauze, en dan niet alleen omdat eiceldonatie daarvoor vereist is.
 55. Zie voor verantwoordelijkheid als centraal begrip in de ethiek van de filosofen H. Jonas en E. Levinas: H. Jonas, *Das Prinzip Verantwortung, Versuch einer Ethik für die technologische Zivilisation*, Frankfurt a.M.: Insel Verlag, 1979; en E. Levinas, *Het menselijk gelaat*, Baarn: Ambo wijsgerig 1987⁷. Zie ook M. Honecker, *Einführung in die Theologische Ethik, Grundlagen und Grundbegriffe*, Berlin: De Gruyter 1990, pp. 327-337.
 56. J. Habermas, *Vorstudien und Ergänzungen zur Theorie des kommunikativen Handelns*, Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1984, pp. 353-440. Vgl. J. Hoogland, *Meer van hetzelfde? Een onderzoek naar het identiteitsbegrip van J. Habermas*, Rotterdam: Rotterdamse Filosofische Studies VII, 1987, pp. 21-33.
 57. Uitvoerder over verantwoordelijkheid en aanspreekbaarheid: J. Hoogland, 'Praktijk, handelen en verantwoordelijkheid, Achtergrondstudie II', in: Hoogland et al. *a.w.*, pp. 231-256.

Normativiteit en de rol van wetenschappelijke kennis in de arts-patiëntrelatie

1. Inleiding

In het vorige hoofdstuk werd de geneeskunde een normatieve praktijk genoemd. Wellicht hebben lezers bij die typering de wenkbrauwen gefronst. Wordt het normatieve karakter van het medisch handelen zo niet te zwaar aangezet? Is medisch handelen niet in de eerste plaats professioneel handelen?

Dat in de behandeling van ziekten zich situaties voordoen waarin morele overtuigingen een rol spelen, wordt door niemand ontkend. Iets anders is, wie het in die situaties voor het zeggen heeft. Heeft de patiënt niet altijd het laatste woord? Moet de arts zich niet verre houden van de moraal? En dient, zodra de moraal in beeld komt, de arts niet primair de keuzevrijheid van de patiënt te bevorderen? De professionaliteit van de arts heeft betrekking op een bepaalde kennis en (technische) kunde. Of het ook goed is wat door die kennis en kunde tot stand wordt gebracht, is volgens velen primair een zaak van de patiënt. Worden er met andere woorden geen zaken door elkaar gehaald als de arts zich als professional uitlaat over de normen en waarden die bij een bepaalde beslissing in geding zijn? Dienen *professionaliteit* en *normativiteit* niet strikt van elkaar gescheiden te worden?

Deze vragen, althans wanneer ze positief worden beantwoord, getuigen van een bepaalde kijk op het medisch handelen. Die kijk kan worden aangeduid als *technicistisch* en *instrumentalistisch*. De arts is in deze visie primair technicus. Hij of zij beschikt over wetenschappelijke kennis en daarnaast over allerlei instrumenten, zoals apparaten om te onderzoeken, technieken om te behandelen en geneesmiddelen. De wetenschappelijke kennis waarover de arts beschikt, heeft betrekking op ziekten; op het ontstaan en het verloop ervan, en op de indicaties en contra-indicaties voor behandeling. Deze kennis is van algemene aard. De kunde van de arts bestaat erin dat hij of zij deze kennis weet toe te passen op het concrete geval. Op die kunde

wordt hij beoordeeld. In het kundig toepassen van kennis en techniek wordt de afstand tussen de algemene kennis en de concrete situatie overbrugd. Dat gebeurt door het individuele geval te zien als een voorbeeld of verbijzondering van iets algemeen. We noemden deze opvatting in het vorige hoofdstuk (§ 3.4) het *subsumptie-model*: de kennis van het individuele ziektegeval wordt gerangschikt onder de algemene kennis omtrent een bepaalde ziekte.¹

In voorgaande hoofdstukken werd betoogd dat er een veel nauwer verband bestaat tussen professionaliteit en normativiteit dan dit technisch-instrumentele model en het achterliggende subsumptie-model suggereren. Geneeskundig handelen is antwoorden op een *appèl* met een ten diepste morele (en religieuze) betekenis. Deugden als zorgzaamheid, barmhartigheid, rechtvaardigheid en integriteit kunnen als antwoord op dit *appèl* worden gezien. Deugden belichamen bepaalde normen voor het geneeskundig handelen. Deze normen *kwalificeren* het medisch handelen; ze zijn constitutief in een kwalificerende zin. De concrete doelen van allerlei medische handelingen, bijvoorbeeld operaties, zijn geen doelen-in-zich. Die doelen krijgen betekenis in de context van het deugdzaam antwoorden op het morele *appèl* van de patiënt. Naast dit kwalificerende aspect zijn er andere constitutieve aspecten. Dit is allereerst het *funderende* constitutieve aspect dat betrekking heeft op het medisch-technische en indirect op het medisch-wetenschappelijke (hfdst. III, § 3.4). Daarnaast zijn er de *conditionerende aspecten die zijn verbonden met de institutionele inbedding van het geneeskundig handelen*. Hiertoe behoren onder meer economische voorschriften en juridische regels die tot de voorwaarden van het geneeskundig handelen gerekend kunnen worden. Tot deze conditionerende aspecten behoren ook allerlei *sociale gedragsregels* die weinig met wetenschappelijke kennis en technisch kunnen te maken hebben, maar wel behoren tot de professionele standaard. Dit betreft bijvoorbeeld regels met betrekking tot het vereiste respect voor de patiënt en de relatie met collegae. Deze gedragsregels zijn, naast de gezindheid en andere, dieper liggende motivaties, uitdrukking van een professioneel *ethos*.

Toch zal niet iedereen door het bovenstaande overtuigd zijn van de principiële onjuistheid van het technisch-instrumentele model, respectievelijk de subsumptie-benadering. De patiënt zegt: "Mijn dokter moet z'n vak goed uitoefenen; als hij ook nog aardig is, is dat meegenomen"; of: "'t Is zo'n fijn mens, je kunt goed met haar praten, ze ziet je niet als een geval". Vaak wordt met andere woorden een scheidslijn getrokken tussen de dokter als mens en de dokter als beoefenaar van een vak. Het morele wordt dan tot het menselijke

aspect, de subjectieve bejegening, gerekend en aldus geïsoleerd van de vakmatige en technische kanten van het medisch handelen. Het morele resorteert in deze optiek onder de *subjectieve* rand die om de harde *objectieve* kern van het medisch bedrijf heen ligt. Morele overwegingen zouden met deze harde kern niets van doen hebben - of hoogstens als randvoorwaarde.

De scheiding tussen subjectieve rand en objectieve kern kan bedoeld of onbedoeld de geneeskunde, als een op wetenschappelijk inzicht gebaseerde professie, immuniseren voor overwegingen van morele aard. In de voorgaande hoofdstukken hebben we ons tegen een dergelijke immunisering verzet. Morele overwegingen raken ook het wetenschappelijke aspect van de geneeskunde. In dit hoofdstuk willen we dit verder uitwerken. Daartoe is het nodig om in te gaan op de rol van kennis in het medisch handelen. Met name gaat het ons er om te laten zien dat de theoretische kennis waarvan in de klinische praktijk gebruik wordt gemaakt, pas werkelijk tot zijn bestemming komt als ze wordt gezien als *ingebod in en bepaald door een handelings-context* - c.q. een praktijk - die (mede) een *morele strekking* heeft.

De waarde vrije (instrumentalistische en subsumptie-)opvatting schiet in dit opzicht tekort. Deze opvatting is *eenzijdig* omdat ze ten onrechte veronderstelt, dat het soort kennis waarvan de arts in de spreekkamer gebruik maakt, zondermeer het resultaat is van de toepassing van algemene kennis op individuele gevallen.² Deze visie is bovendien *beperkt*, omdat ze er ten onrechte van uitgaat dat algemene kennis de voornaamste bron is waaruit artsen putten bij het nemen van beslissingen.³ Tenslotte is ze *simplistisch* omdat ze uitgaat van een inmiddels in wetenschapsfilosofische kring sterk bekritiseerde opvatting over wetenschappelijke kennis en de wijze waarop deze tot stand komt.⁴ Voor we dit verder uitwerken, zal eerst een ruwe indeling worden gegeven van de verschillende niveaus waarop kennis in de medische praktijk een rol speelt.

2. Vier niveaus van medisch kennen⁵

De patiënt gaat naar de dokter met een klacht. Er is iets aan de hand dat verontrust en/of het gewone functioneren verstoort. Sommige patiënten wachten lang voordat zij een dokter consulteren, anderen kort; sommigen raken bij het minste of geringste teken van disfunctioneren verontrust, anderen negeren hun klacht tot deze zich niet meer laat negeren; sommige patiënten hebben zich aan de hand van voorlichtingsmateriaal en eigen en andermans ziekte-ervaringen reeds een idee gevormd over wat er aan de hand is, anderen hebben

dit niet. Maar in al deze gevallen is er sprake van een verhaal. Het ziekteverschijnsel staat in een biografische context. Men ervaart een ongewoon, hinderlijk en niet bij het alledaagse functioneren passend verschijnsel. Die ervaring heeft een tijd, een plaats, een bepaalde intensiteit en kwaliteit en ook een bepaald verloop. Ze wordt bovendien geïnterpreteerd, soms heel ruw ("Er klopt iets niet, dit heb ik nog nooit gehad"), soms meer gedetailleerd ("Ik heb dat toen ook al eens meegemaakt en toen zei u ..."). Dit niveau van kennis en van taalgebruik noemen wij het *allevaagse* niveau.⁶

Men kan erover twisten of de taal en de kennis die op dit niveau een rol spelen van geneeskundige aard zijn. Zeker is wel dat het alledaagse kennen van en spreken over ziekten in onze maatschappij in sterke mate beïnvloed wordt door medische kennis. Patiënten raken door de invloed van de media toenemend geïnformeerd over ziekten en behandelingen, risicofactoren en prognoses - een verschijnsel waarvoor de term *protoprofessionalisering* bedacht is.⁷ Bovendien, al is de kennis die in het verhaal van de patiënt verpakt zit, niet medisch in de engere, wetenschappelijke zin van het woord, toch maakt deze kennis wel deel uit van de geneeskundige praktijk. Dat blijkt bijvoorbeeld hieruit dat bepaalde verhaalfragmenten typerend zijn voor bepaalde afwijkingen: "Ik fietste tegen de wind in en toen kreeg ik weer dat nare drukkende gevoel op mijn borst" (bij *angina pectoris*); of: "Alles is grijs, het doet me allemaal niets meer, vroeger kon ik van de kleinkinderen genieten, nu niet meer" (bij een *depressie*). Dergelijke verhaalfragmenten fungeren met andere woorden als 'clues' voor de *clanicus*, ze vormen de sleutel voor het slot van de medische diagnostiek.

Daarmee stuiten we op een tweede laag van kennen en spreken in de geneeskunde, het *klinische* niveau.⁸ De arts luistert, kijkt, voelt en klopt. Het ene verhaalfragment is relevant, het andere niet. Het ene geruis in de hartstreek wijst ergens op, het andere niet. De gele kleur van de ogen zegt soms meer dan wat de patiënt zegt. Na de inventarisatie van de huidige klachten volgt de reconstructie van de ziektegeschiedenis. Het onderzoek van de lichamelijke en psychische functies completeert het geheel.

Het beeld dat de arts zich aldus vormt, valt meestal niet geheel samen met het verhaal van de patiënt. De arts schift. Het medisch niet-relevante in het relaas van de patiënt wordt terzijde gesteld, het relevante wordt er uitgelicht en in verband gebracht met andere kenmerkende punten. Klachten en symptomen komen zo in een bepaald perspectief te staan. Medisch-wetenschappelijke kennis speelt in deze *perspectivering* een belangrijke rol. Deze kennis bepaalt immers welke

klachten en symptomen bij een bepaalde ziekte horen. Een klein beetje suiker in de urine van een veel te dikke 55-jarige vrouw zegt wat anders dan hetzelfde beetje suiker bij een 20-jarige tanige man met veel diabetici in de familie. Maar wetenschappelijke kennis is niet het enige. Vaak is ook de manier van presenteren doorslaggevend. De ervaren neuroloog kan soms aan de manier waarop de patiënt in de wachtkamer opstaat al zien of er sprake is van een echte hernia of alleen van 'lage rugklachten'. Daarnaast speelt de context van de klachten een rol, het geheel van gebeurtenissen en verschijnselen waarvan de klachten deel uitmaken, alsmede de persoon die de klachten uit. Lichamelijke klachten kunnen (mede) een manier van communiceren zijn. De moeilijk te lokaliseren buikpijn van de bijstandsmoeder die nauwelijks het hoofd boven water kan houden, zegt iets anders dan de buikpijn, het braken en de lichte temperatuurverhoging van de overigens kerngezonde twintiger. In het eerste geval zal de arts, nadat de gebruikelijke routine-vragen en het lichamenlijk onderzoek niets hebben opgeleverd, misschien een afspraak maken voor een langer gesprek. In het tweede geval gaat het rode lampje branden: pas op, is het geen blindedarmonsteking? Klinische ervaring speelt in de differentiatie van klachten vaak een minstens zo belangrijke rol als geëxpliciteerde wetenschappelijke kennis. Beide staan niet los van elkaar, maar zijn toch te onderscheiden. Door ervaringskennis raakt de arts vertrouwd met ziekten. Dit in de praktijk zo belangrijke element van vertrouwd-zijn-met kan niet worden gereduceerd tot technisch-wetenschappelijke kennis. Iedere co-assistent ervaart dit aan den lijve.

Vroeg of laat zal de arts een diagnose stellen. Het geheel van klachten en objectiveerbare verschijnselen wordt *geïdentificeerd* als een bepaalde ziekte of stoornis. Wetenschappelijke kennis speelt in het stellen van de diagnose opnieuw een belangrijke rol. Maar dat betekent nog niet dat het diagnostiseren zelf een wetenschappelijke activiteit is. Het belangrijkste verschil tussen de wetenschapper en de diagnosticus is dat de eerste zich richt op kennis van algemene aard en de tweede op kennis omtrent het individuele geval. Betekent dit dat de cognitieve activiteiten van de diagnosticus een voorbeeld zijn van toegepaste wetenschap? Ook dat is naar ons oordeel niet het geval. Toegepaste wetenschap is wat anders dan het toepassen van wetenschap, c.q. van wetenschappelijke kennis. Het eerste is een wetenschappelijke, het tweede een technische activiteit - denk bijvoorbeeld aan het verschil tussen weg- en waterbouwkunde als wetenschap en de ingenieur die deze wetenschap toepast bij het ontwerpen van een viaduct.⁹ Toegepast onderzoek heeft meestal een praktisch doel, bijvoor-

beeld het ontwikkelen van een geneesmiddel voor een bepaalde afwijking.¹⁰ Maar dit type onderzoek blijft als wetenschappelijke activiteit gericht op (subgroepen van) patiënten in het algemeen, terwijl de arts in de spreekkamer van doen heeft met deze ene concrete patiënt.

Intussen wordt over deze ene patiënt wel iets algemeen uitgesproken. De arts velst een diagnostisch oordeel. In dit oordeel wordt een aantal algemene kenmerken toegeschreven aan de patiënt. Diagnostische uitspraken kunnen in dit opzicht worden vergeleken met uitspraken die betrekking hebben op alledaagse verschijnselen. Immers, ook wanneer ik de struik in mijn tuin een heester noem, spreek ik iets algemeen uit over een concreet verschijnsel. Mijn omgang met deze ene heester vindt plaats tegen de achtergrond van kennis over heesters in het algemeen. Zonder deze algemene achtergrond zou kennis over afzonderlijke heesters niet eens mogelijk zijn. Preciezer geformuleerd: het herkennen van de heester en het beoordelen van de typisch individuele kenmerken van de heester worden eerst mogelijk, wanneer ik iets over de eigenschappen van de heester in het algemeen weet. Meestal blijft deze algemene kennis impliciet, daarom spreken we over achtergrond-kennis. Maar deze achtergrond-kennis is wel een voorwaarde om heesters te kunnen identificeren als heesters en om hun individuele kenmerken en eigenschappen te kunnen taxeren. Overigens moet hieraan worden toegevoegd dat hetzelfde geldt voor de typisch individuele kenmerken van alledaagse verschijnselen. Ook die individualiteit blijft in de dagelijkse omgang tot op belangrijke hoogte impliciet. Het leven zou onmogelijk worden als ik mij bij voortduring bewust zou moeten zijn van de allerindividueelste kenmerken van de dingen en de mensen met wie ik omga. De typische kenmerken van deze ene heester leer ik pas kennen, als ik de heester aan een nadere inspectie onderwerp.

Het juist gestelde is ook van toepassing op ziekten en functionele afwijkingen. Wanneer de arts tegen een patiënt zegt: "U hebt suikerziekte", dan gaat het om de suikerziekte van deze ene patiënt. Maar deze uniciteit sluit het algemene niet uit: de suikerziekte van deze ene patiënt voldoet aan een aantal eigenschappen waaraan suikerziekte in het algemeen voldoet. Zonder deze algemene kenmerken zou suikerziekte niet herkend en benoemd kunnen worden. Ook van de typisch individuele kenmerken van de suikerziekte van deze ene patiënt wordt de arts zich pas bewust als hij er gericht aandacht aan besteedt.

We stuiten hier op een in het dagelijks leven tamelijk triviaal, maar voor de wijsgeer uiterst lastig punt, namelijk dat individuele kenmerken en algemene eigenschappen enerzijds met elkaar verstrengeld

zijn, anderzijds niet met elkaar samenvallen. Over het individuele ding kan iets algemeen uitgesproken worden, maar het individuele en het algemene kunnen als zodanig niet in een en dezelfde kenact gevat worden. De verstrengeling van het individuele en algemene is in het alledaagse leven en op het alledaagse niveau van kennen volstrekt vanzelfsprekend. Zolang de aandacht zich op het concrete verschijnsel richt, is deze verstrengeling present, maar blijft ze impliciet. Zodra de aandacht zich evenwel op algemene kenmerken van dingen, levende wezens en mensen richt, bijvoorbeeld bij het classificeren van bepaalde verschijnselen, wordt deze verstrengeling ontbonden en raakt men het concrete en individuele - dat wat een ding, plant, dier of mens tot iets concreets en iets individueels maakt - kwijt.¹¹ Dit laatste gebeurt in wetenschappelijk onderzoek. De onderzoeker neemt afstand (*objectivering*); hij of zij legt het onderzochte uiteen (*analyse*) en richt de aandacht selectief op één van de uiteengelegde delen of aspecten (*abstractie*). Objectivering, analyse en abstractie leiden tot een (epistemische) ontbinding waarbij het algemene wordt afgezonderd van het concrete verschijnsel.¹²

Daarmee hebben we tegelijk ook het belangrijkste gezegd over het derde niveau van kennis, het *vakwetenschappelijke* niveau. De vakwetenschapper is niet geïnteresseerd in het individuele geval, maar in dat wat in het algemeen voor een bepaalde verzameling van gevallen geldt. Om over dit algemene iets te kunnen zeggen neemt hij of zij een objectiverende houding aan. Deze objectiverende houding sluit betrokkenheid, en zelfs passie, niet uit, maar in. Deze betrokkenheid richt zich evenwel op iets anders dan waar het de *clanicus om te doen* is, namelijk op regels, wetmatigheden en eigenschappen waaraan een bepaalde groep van proefpersonen voldoet. Deze regels, wetmatigheden en eigenschappen hebben betrekking op een bepaald aspect, bijvoorbeeld op de glucose-stofwisseling, en niet op het geheel.

Onderzoek in de geneeskunde vindt meestal plaats in de vorm van een experiment. In het experiment worden variabelen die mogelijk van invloed zijn op het bestudeerde verschijnsel en die niet tot het object van onderzoek behoren, zoveel mogelijk constant gehouden. Zo is de zogenaamde 'randomized clinical trial' (of RCT) in de geneeskunde momenteel de gouden standaard voor de bestudering van de effecten van nieuwe behandelwijzen. Het constant houden van potentieel storende variabelen gebeurt hier onder meer door het lot te laten bepalen of de proefpersoon de experimentele (nieuwe, te onderzoeken) behandeling krijgt of een standaardbehandeling (dan wel geen behandeling). De invloed van verwachtingen ten aanzien van de nieuwe behandeling wordt zoveel als mogelijk uitgesloten

door het experiment 'dubbel-blind' uit te voeren: noch de onderzoeker noch de patiënt weet of hij of zij het nieuwe middel krijgt of het oude. Statistische vergelijking van de resultaten in de experimentele en de controlegroep maakt vervolgens duidelijk of de onderzochte behandeling superieur is ten opzichte van de standaardbehandeling (respectievelijk de uitkomsten van de groep die geen behandeling krijgt). Meestal wordt de totale groep van onderzochten ook nog gehomogeniseerd door het hanteren van uitsluitingscriteria. Zo mogen proefpersonen niet lijden aan andere ziekten, zeker niet wanneer deze van invloed zouden kunnen zijn op de behandelresultaten.¹³

De invloed van het RCT type onderzoek op de medisch praktijk is groot. Juist dit type onderzoek ligt dicht tegen de klinische praktijk aan. Dat is dan ook een van de redenen waarom de middels RCT verkregen onderzoeksresultaten in toenemende mate de basis vormen voor protocollering en standaardisering van behandeling. Utdrukkingen als 'evidence based medicine' en 'clinical science' zijn het credo van de moderne geneeskunde geworden. Over deze ontwikkeling valt veel goeds te zeggen. De klinische praktijk is vaak uiterst gecompliceerd en de research-literatuur niet te overzien. Protocollen en richtlijnen geven de clinicus houvast en gaan aldus willekeur in de behandeling tegen. Artsen zijn daardoor ook tucht-rechtelijk beter aanspreekbaar in geval zij niet conform de richtlijnen handelen. Er is evenwel ook een schaduwzijde. Vaak is de behandeling volgens het protocol niet helemaal op maat. Protocollen kunnen er bovendien toe leiden dat artsen zich onvoldoende voelen uitgedaagd om op creatieve wijze alle relevante aspecten van het functioneren van de patiënt in het behandel aanbod te betrekken. Sommige van die aspecten blijven in het protocol buiten beschouwing, maar blijken toch van invloed te zijn op het ziekteverloop. Soms kan men artsen horen klagen dat protocollering hun werk saai maakt. In andere gevallen wordt van een bepaald protocol afgeweken. Soms blijkt het protocol of de intercollegiaal geformuleerde consensus alleen op papier te bestaan.¹⁴ De discussie over de voor- en nadelen van protocollering is zo gezien een casus aan de hand waarvan kan worden geïllustreerd dat het vakwetenschappelijke en klinische kennen wel nauw met elkaar samenhangen, maar toch niet vereenzelvigd kunnen worden.

Tenslotte. Naast het alledaagse, het klinische en het vakwetenschappelijke niveau kan ook nog een *vakfilosofisch* niveau van kennen en spreken worden onderscheiden. Op dit niveau gaat het ondermeer om de vakfilosofische reflectie op concepten die fundamenteel zijn in

een bepaalde tak van de geneeskunde of in de geneeskunde als geheel en die een betekenis hebben die boven het vakwetenschappelijke uitreikt. Voorbeelden van dergelijke concepten zijn homeostase, ziekte, klasse (soort, taxon), casus, oorzaak (determinant), aanleg, normaliteit, psychosomatisch, en allerlei noties die betrekking hebben op de regulatieve zijde van de medische praktijk (zie hfdst. III, § 4). Daarnaast gaat het op dit niveau om de bestudering van de samenhang en het verschil tussen de verschillende kennisniveaus. Tenslotte legt de medische filosofie ook verbindingen met algemeen wijsgerige thema's zoals de verhouding tussen lichaam en geest en grondvragen van de ethiek.

De indeling in vier niveaus van kennen en van taalgebruik is een eerste aanzet en nodigt uit tot een verdere nuancering. Zo zou op het derde niveau nader kunnen worden onderscheiden tussen het meer fundamentele pathofysiologische, moleculair biologische en genetische onderzoek aan de ene kant en meer toegepast onderzoek aan de andere kant (bijvoorbeeld farmacologie, onderzoek naar ziekte- en verwijsgedrag). Voorts zouden bepaalde vormen van technische kennis als een tussenvorm tussen het tweede en derde niveau kunnen worden gezien. Te denken valt aan kennis die betrekking heeft op de werking van apparaten, bijvoorbeeld in de röntgenologie, de nucleaire geneeskunde en in de laboratoriumkunde. We zouden deze vorm van kennis technologie kunnen noemen. Ook bewegen onderzoekers en klinici zich *de facto* vaak op meerdere niveaus tegelijk. Zo is de behandelend arts soms tegelijk onderzoeker, bijvoorbeeld wanneer het behandelaanbod ten aanzien van een bepaalde categorie patiënten wordt ingepast in een onderzoeksprotocol.¹⁵ Tenslotte is het toetsen van hypothesen niet voorbehouden aan de wetenschappelijke onderzoeker. Ook de diagnose kan als een hypothese worden gezien, namelijk als een hypothese over één geval, die de arts middels hulp-onderzoek en nadere observatie zal trachten te bevestigen of weerleggen.

3. Het klinische niveau: typische varianten en prototypen in een handelingscontext

Wat is nu de ethische relevantie van deze uiteenzetting? De stelling die in dit hoofdstuk wordt verdedigd, luidt dat medische beslissingen en de denkactiviteiten die daaraan ten grondslag liggen, verbonden zijn met een ruimere context van handelen met een intrinsiek moreel gehalte. In de klinische realiteit is meer aan de orde dan het deductief toepassen van vakwetenschappelijke begrippen en termen.

Omgekeerd is medische wetenschap niet zondermeer het resultaat van een inductief redeneerproces, waarvan concrete klinische verschijnselen het beginpunt en algemene medische begrippen het eindpunt vormen. Kennis van de ziekte van de individuele patiënt valt niet zondermeer samen met algemeen-medische kennis van de betreffende ziekte, ook al is er tussen die twee een nauw verband.

Deze tussentijdse conclusie geeft lucht. Ze maakt de weg vrij voor een minder hermetische opvatting van de kenprocessen waarop het medisch handelen is gebaseerd. Ze laat evenwel nog niet zien hoe de samenhang tussen geneeskunde als *cognitieve*, als *handelings-* en als *morele* praktijk in positieve zin gedacht moet worden. Voor we de discussie over de denkactiviteiten van de medicus afsluiten zullen we dus nader moeten ingaan op de innerlijke aansluiting tussen het cognitieve en het morele.

Ter inleiding maken wij twee opmerkingen. In de eerste plaats hebben we het hier (nog) niet over het verschil tussen ziekte (algemeen of individueel) en ziek-zijn. Dit verschil is natuurlijk voor de morele bezinning minstens zo belangrijk als het verschil tussen het medisch-wetenschappelijke en het individuele begrip ziekte. We beperken ons voorlopig om methodische redenen tot dit laatste onderscheid, omdat het ons erom te doen is de scheiding tussen harde objectieve (*cognitieve*, *technisch-wetenschappelijke*) kern en zachte subjectieve (o.a. *morele*) rand te relativeren. Daartoe is het nodig te laten zien dat het medisch handelen tot in zijn harde, cognitieve kern - te weten het diagnostisch redeneerproces en de daarop gebaseerde voorspellingen - bepaald wordt door de praktische opgaven waarvoor de medicus zich gesteld ziet.¹⁶ Die opgaven hebben een veel ruimere dan alleen cognitieve strekking, en wel omdat ze voortvloeien uit het appèl van de patiënt. Dit appèl heeft, zoals we zagen, uiteindelijk en ten diepste een morele betekenis. Concentratie op het ziek-zijn in dit stadium van de discussie zou er gemakkelijk toe kunnen leiden dat het morele aspect alsnog tot de zachte rand wordt gerekend en aldus in de sfeer van de subjectieve beleving van ziekte en van de bejegening van zieken wordt getrokken.

In de tweede plaats gaan we hier voorbij aan het feit dat morele overwegingen ook in de vakwetenschap een belangrijke rol spelen, bijvoorbeeld in het wetenschapsbeleid (*macroniveau*) of bij het in acht nemen van de morele grenzen van het medisch experiment (*micro-niveau*). Als we ons in het nu volgende vooral richten op de klinische praktijk, het tweede niveau van kennen, dan gebeurt dat dus niet omdat in het vakwetenschappelijke domein de ethiek geen rol speelt, maar omdat in het klinische domein de morele bezinning

zo vaak wordt gezien als een regulering van buitenaf. Omdat in allerlei beschouwingen over de geneeskunde de intern-vakwetenschappelijke bepaaldheid van het klinisch handelen zo sterk wordt benadrukt, dreigt de ethiek achter de ontwikkelingen aan te hollen, in plaats van dat zij deze ontwikkelingen stuurt en mede vorm geeft.

We pakken de draad op bij wat in de vorige paragraaf werd opgemerkt over de eigen aard van het klinische niveau. We duiden die eigen aard aan met twee sleutelbegrippen: perspectivering en identificatie. Perspectivering vormde de brug tussen het verhaal van de patiënt (niveau 1) en de ziektegeschiedenis zoals die door de medicus wordt genoteerd (niveau 2). Identificatie vormde de brug tussen deze ziektegeschiedenis (niveau 2) en het vakwetenschappelijke begrip ziekte (niveau 3). We moeten wat toen gezegd werd evenwel nog preciseren. Het zal de aandachtige lezer immers niet zijn ontgaan dat wij onze voorbeelden over ziekten als individuele gebeurtenissen ontleenden aan het alledaagse niveau van spreken en omgaan met ziekte. Met andere woorden, duidt hetgeen tot nu toe over ziekte in individuele en in wetenschappelijke zin werd gezegd, niet vooral op een onderscheid tussen het eerste (in plaats van het tweede) en het derde niveau? En speelt op het tweede niveau, dat van de klinische praktijk, niet een ander soort kennis en daarmee een ander ziektebegrip een rol dan in de praktijk van alledag? Als we zeggen dat de medische logica openstaat voor het morele, kan die bewering dan ook op het klinische niveau worden waargemaakt?

We hebben in het voorafgaande vooral benadrukt dat de identificatie van ziekten in het diagnostisch proces niet leidt tot een opheffing van het verschil tussen de vakwetenschappelijke notie van een bepaalde ziekte en kennis van de betreffende ziekte in het individuele geval. Wanneer de arts zegt: "Mevrouw, u lijdt aan suikerziekte", dan heeft de term suikerziekte aan de ene kant een algemene en vakwetenschappelijke betekenis. Wat voor suikerziekte in het algemeen geldt, is ook op patiënte van toepassing. Aan de andere kant zal de arts zich ervan bewust zijn dat de suikerziekte van mevrouw A een ander beloop heeft dan de suikerziekte van meneer B. Betekent dit dat de arts zich tot in detail een beeld moet vormen van de *uniciteit* van de suikerziekte van mevrouw A en meneer B? Het antwoord ligt voor de hand: artsen hebben er de tijd niet voor om zich tot in detail een beeld te vormen van de uniciteit van ziekten; en het blijkt in de praktijk ook lang niet altijd nodig zich een dergelijk beeld te vormen. Meestal is het voldoende als de arts het *patroon* van allerlei verschijnselen herkent, zoals suikerspiegels in het bloed, reactie op verschillende soorten insuline, voedingsgewoonten, bijkomende klachten,

complicaties en het vermogen om zich aan een dieet en bepaalde leefregels te houden. Naarmate de arts meer ervaring heeft zal hij of zij in staat zijn om in deze verschijnselen bepaalde typerende patronen te ontdekken. De kennis van deze patronen is wel algemeen, maar niet zo algemeen als het vakwetenschappelijke begrip van een bepaalde ziekte; anderzijds tracht de klinische kennis van de arts wel tegemoet te komen aan de individualiteit in het verloop van ziekten, evenwel zonder zich te verliezen in de ziekte van mevrouw A als volstrekt uniek gebeuren. We zouden het ook zo kunnen zeggen dat in de klinische context het vakwetenschappelijke construct van een bepaalde ziekte zich *toespitst en differentieert* tot een reeks van *typische varianten of prototypen*. De suikerziekte van de jonge patiënte die een chaotische leefwijze heeft en ook aan bulimia nervosa lijdt, is een variant die te onderscheiden is van de suikerziekte van de ambtenaar die zich strikt aan bepaalde leefregels houdt en op die manier allerlei complicaties zo lang mogelijk buiten de deur houdt.

Deze notie van typische variant of prototype is ook van belang voor de andere component van het klinisch kenproces, de perspectivering van het patiëntenverhaal tot ziektegeschiedenis. Ook hier is er sprake van individualiteit en (een zekere) algemeenheid. Ook van ziektegeschiedenissen geldt dat ze *meer of minder typisch kunnen zijn*. De afstand die de ziektegeschiedenis overbrugt, is die tussen de *individuele constellatie van symptomen en het prototypische geval*. Het prototypische geval is in eerste aanleg de ziekte zoals die in leerboeken wordt beschreven en door opleiders aan artsen-in-opleiding wordt doorverteld. Boekenwijsheid en verhalen van collegae zijn evenwel slechts het begin. Klinische ervaring en jarenlange vertrouwdheid in het omgaan met ziekten maken dat deze prototypische kennis zich verder differentieert tot kennis van varianten, die zelf ook weer prototypisch zijn, maar meer context-afhankelijk.

Het begrip prototype is ruimer en minder scherp begrensd dan het vakwetenschappelijke begrip van een bepaalde ziekte. Anderzijds is kennis van prototypen algemener van aard dan kennis van het individuele. Prototypen bevatten elementen van het vakwetenschappelijke begrip van een bepaalde ziekte, maar die elementen zijn niet altijd beslissend in de (vroegtijdige) herkenning. Allerlei andere kenmerkende eigenschappen spelen in het diagnostische proces vaak een even belangrijke rol. Deze kenmerkende eigenschappen hoeven op zich niets te zeggen over de oorzaak van een bepaalde ziekte. Soms ontbreekt van deze verschijnselen een wetenschappelijke verklaring. Zo kunnen trommelstokvingers een aanwijzing zijn voor het bestaan van chronisch zuurstofgebrek. In de wetenschappelijke verklaring van

ziekten die zuurstofgebrek teweegbrengen, spelen trommelstokvingers echter geen rol. De oudere patiënt die licht hijgend de spreekkamer binnenkomt en bij wie de arts trommelstokvingers ontwaart zal, nog voor er een woord is gesproken, de arts op de gedachte brengen dat er wellicht sprake is van een chronische ziekte die gepaard gaat met zuurstofgebrek. Prototypische kennis is zo bezien sterk praktijkgeoriënteerd en vloeiender van karakter dan wetenschappelijke kennis, die begripsmatig gefixeerd is. Prototypische kennis wettigt vermoedens (in de fase van perspectivering) en noopt tot specifieke acties (na het diagnostisch identificatie-proces).

Men zou het prototype kunnen opvatten als een geëxpliciteerd patroon of een gearticuleerde Gestalt.¹⁷ Kenmerkend voor het herkennen van patronen, c.q. de waarneming van een Gestalt, is de onmiddellijkheid ervan en het primaat van het geheel boven de delen. Deelwaarnemingen dienen vooral als bevestiging voor dat wat tevoren reeds als een geheel werd waargenomen. Gebleken is dat ervaren clinici zich vaak reeds in de eerste minuut van het gesprek een beeld (Gestalt) vormen van wat er aan de hand is. De rest van de tijd wordt gebruikt om uit te sluiten dat het niet om iets anders (veelal ernstigers) gaat. Dit uitsluiten gebeurt aanvankelijk aan de hand van genoemde prototypische kennis, vervolgens ook middels laboratoriumbepalingen en ander aanvullend onderzoek. Wetenschappelijke kennis speelt hier wel een belangrijke rol, maar opnieuw in een *praktische* zin: bij voorkeur wordt alleen dat onderzoek gedaan waarvan vaststaat dat het met zekerheid of zeer grote waarschijnlijkheid andere veel voorkomende aandoeningen die het beeld zouden kunnen verklaren, uitsluit.

We moeten ons in onze voorstelling van het klinische denk- en redeneerproces vooral hoeden voor een te starre visie. In de praktijk gaat het om een uiterst dynamisch, ogenschijnlijk tamelijk ongestructureerd en onaf denkproces, waarin begrippen en termen met een sterk uiteenlopende graad van abstractie en met een sterk verschillende betekenisomvang een rol spelen. Tijdsdruk en beschikbaarheid van voorzieningen voor onderzoek en behandeling zijn belangrijke bepalende factoren in het verloop van dit redeneerproces. Kennis over incidentie, prevalentie en het natuurlijk verloop van ziekten in de regio waar de praktijk wordt uitgeoefend, speelt een uiterst belangrijke rol in het uitzeven van hetgeen relevant is.¹⁸ Van beslissende betekenis is voorts kennis van de sensitiviteit en specificiteit van bepaalde diagnostische tests¹⁹ en kennis die de arts tevoren al over een bepaalde patiënt heeft.²⁰ Deze voorkennis heeft niet alleen betrekking op de ziektegeschiedenis, maar ook op de manier waarop

de patiënt met zijn klacht omgaat, op gezinssamenstelling, sociale achtergrond, leef- en werkomstandigheden, derde milieu en specifieke kenmerken van de bevolking en van het fysische milieu in een bepaalde regio.

4. Het klinische niveau als handelingsniveau

Tot nu toe concentreerden we ons op het epistemische aspect van de klinische praktijk. In de vorige paragraaf bleek al hoe moeilijk het is om dit aspect te scheiden van andere aspecten van het medisch handelen. In deze paragraaf zullen we op deze verwevenheid nader ingaan. De klinische realiteit heeft in de eerste plaats een handelingskarakter. De diagnose is immers geen doel in zich, maar voorwaarde voor therapeutisch ingrijpen. De patiënt wendt zich tot de arts, omdat hij of zij verwacht dat deze aan een bepaalde klacht iets kan doen.

Met het centraal stellen van de medische handeling zijn we op een belangrijk punt aangekomen. In de vorige paragraaf stelden wij de vraag naar de innerlijke aansluiting tussen het cognitieve en het morele aspect van de klinische praktijk. Onze beschouwing tot nu toe ontwikkelt zich in de richting van de stelling dat deze aansluiting in het *handelingskarakter* van de medische praktijk gezocht moet worden. De cognitieve activiteiten van de medicus staan niet los van het medisch ingrijpen; integendeel, ze zijn gericht op mogelijkheden tot handelen en maken meestal ook deel uit van handelingen.²¹ Genoemde cognitieve activiteiten worden door die handelingen ontsloten en nader gespecificeerd.²² Omgekeerd zijn handelingen niet denkbaar zonder de cognitieve processen die deze handelingen op een bepaald doel richten en de weg naar dit doel faseren en ordenen. Morele noties spelen geen exclusieve, maar wel een belangrijke rol in dit proces van specificeren, richten en ordenen. Het is deze gedachte die we hier verder willen uitwerken. Daartoe gaan we eerst in op twee karakteristieke aspecten van het medisch handelen, namelijk het omgaan met onzekerheid en de noodzaak om te beslissen.

Als er iets is dat medisch handelen op het klinische niveau kenmerkt, dan is het dat dit handelen zich afspeelt tegen de achtergrond van *onzekerheid en relatieve schaarste* wat betreft tijd, financiële middelen en voorzieningen. De medische praktijk kan worden gezien als een poging om op beredeneerde en kundige wijze om te gaan met deze onzekerheid en schaarste. Men kan hierbij denken aan factoren die te maken hebben met

- (a) de ziekte als zodanig;
- (b) de persoon en de omstandigheden van de zieke;

- (c) de condities onder welke de individuele arts zijn of haar praktijk beoefent;
- (d) de condities onder welke artsen in het algemeen (per regio of land) hun praktijk beoefenen.

Bij elk van deze punten staan we kort stil.

Ad (a). De arts stuit ten aanzien van ziekten op tenminste drie onzekerheden, weergegeven in de volgende drie vragen. Hoe groot is de kans, gegeven bepaalde verschijnselen en gelet op bepaalde laboratoriumbevindingen, dat de patiënt deze of gene ziekte heeft? Hoe groot is de kans dat de patiënt na een bepaalde ingreep gunstig zal reageren? En hoe moeten de gunstige effecten van een behandeling worden gewogen tegen potentiële risico's en nadelen, zoals bijwerkingen, belasting van de behandeling, en ernst en afwendbaarheid van allerlei complicaties?²³

Ad (b). Bij het nemen van beslissingen zal de arts niet alleen letten op de genezingspercentages, risico's en complicaties die uit wetenschappelijk onderzoek naar voren komen, maar ook op de persoon van de zieke en de omstandigheden waarin deze verkeert. Hoe ernstig lijdt de patiënt subjectief onder zijn ziekte? Hoe oud is zij en hoeveel angst bestaat er voor de ingreep? Hoe staat het met de 'compliance', dit is het vermogen mee te werken aan de voorgestelde behandeling? Accepteert de patiënt zijn ziekte of is er sprake van ontkenning of bagatellisering? Ziet het ernaar uit dat de patiënt haar medicatie onregelmatig of niet gaat innemen? Begrijpt zij de informatie? Wordt ze door de omgeving gesteund of staat ze helemaal alleen?

Ad (c). Ook de condities waaronder de arts moet werken, spelen een belangrijke rol. Hoe groot is de praktijk? Hoe is deze samengesteld? Gaat het om een praktijk met relatief veel ouderen en zieken, om een stadspraktijk met patiënten uit randgroepen en veel sociale problematiek, of om een praktijk in een snelgroeiende nieuwbouwwijk met veel jonge, zelfredzame en goed geïnformeerde patiënten? Heeft en neemt de arts de tijd om zich bij te scholen? Is er geregeld intercollegiaal overleg? Zijn er richtlijnen of protocollen? Zijn deze voldoende op de praktijk toegesneden? Is er een adequaat beheer van medische gegevens? Wordt de voorgestelde behandeling ook vergoed en is die vergoeding aan een termijn of een aantal zittingen gebonden? Kan de behandeling worden verricht door iemand die minder dure zorg levert, bijvoorbeeld een fysiotherapeut of een maatschappelijk werker? Hoe staat het met de behuizing en de administratieve ondersteuning? Wat voor persoonlijkheid heeft de arts, is hij of zij bijvoorbeeld meer een doener dan een prater? Hoe staat het met zijn of haar organisatorische talenten? Heeft hij of zij affiniteit met

een bepaalde problematiek of juist niet?

Ad (d). Opleiding en bijscholing, beschikbaarheid van financiële middelen, en organisatie spelen ook een rol op het niveau van de beroepsgroep als geheel. Greer, die onder enkele honderden eerste- en tweedelijns artsen in de Verenigde Staten, Groot-Brittannië en Canada een onderzoek deed naar de factoren die een rol spelen bij het introduceren van nieuwe technieken en behandelmethoden, vond dat artsen meer plegen af te gaan op ervaringen en meningen van collegae dan op de resultaten van wetenschappelijk onderzoek. Van belang bleek voorts hoe de kennis en expertise in een bepaalde regio zijn verdeeld. Of men zich een bepaalde expertise eigen maakte, bleek af te hangen van de vraag of er al instellingen of collegae waren die een naam hadden opgebouwd in de betreffende specialisatie. Ook niet-economische kosten-baten overwegingen bleken een rol te spelen. Soms waren er te weinig patiënten die van een nieuwe techniek of behandelmethode konden profiteren. In andere gevallen kostte het zich eigen maken van de techniek of behandelmethode teveel tijd en energie. Groepsdynamische factoren tussen leden van de beroepsgroep bleken anderzijds niet onderschat te moeten worden: wat de buurman kon of had, wilde men zelf ook kunnen of hebben. Soms veranderde er jarenlang weinig, tot een innoverende collega ten tonele verscheen wiens enthousiasme oversloeg op anderen.²⁴

Deze vier punten laten zien dat 'research evidence' lang niet de enige en vaak ook niet de doorslaggevende factor is bij het nemen van klinische beslissingen.²⁵ 'Research evidence' is als typisch constitutieve voorwaarde voor het medisch handelen (zie hoofdstuk 3) uiteraard van groot belang; ze is -indien voorhanden- een noodzakelijke, echter op zich geen voldoende voorwaarde om tot handelen over te gaan. Bovendien illustreert het bovenstaande hoezeer het aspect van het (moeten) *beslissen* in het medisch handelen centraal staat. De arts bevindt zich vaak in de situatie dat een bepaalde mate van onzekerheid voor lief moet worden genomen, omdat nader onderzoek te duur is of te weinig oplevert, of omdat de ingreep geen uitstel verdraagt. Daarover willen we nu nog iets zeggen.

Aan het beslissen zijn drie aspecten te onderscheiden: *of* een behandeling wordt begonnen, *wat* voor behandeling zal worden gegeven en *hoe* de behandeling zal worden uitgevoerd. Het *wat* en het *hoe* zal men in de regel zo veel als mogelijk willen laten bepalen door wetenschappelijke kennis en de daaruit voortvloeiende klinische consensus, al dan niet aan de hand van protocollen of richtlijnen. In de praktijk is er, zoals boven betoogd, toch meestal een aanzienlijke speelruimte en mogelijkheid tot individuele toespitsing. We gaan daar na het

voorgaande niet verder op in.

Wat betreft de redenen en motieven die bepalen of een bepaalde behandeling wordt ingesteld, stuiten we op een verwarrend complex van factoren. Ook voor behandelingen die op zich medisch zinvol zijn, geldt dat het besluit om te behandelen allerm minst vanzelfsprekend is. De patiënt kan weigeren of om uitstel vragen. Dan is het duidelijk dat er niet wordt ingegrepen. Moeilijker ligt het als de patiënt of de arts, of beiden, menen dat de voor- en nadelen tegen elkaar opwegen. Men kan dan kiezen voor een afwachtend beleid.²⁶ Met het verstrijken van de tijd wordt het soms duidelijker wat er moet gebeuren. Zo kan een onverwachte vermindering van de symptomen de keuze vergemakkelijken. In andere gevallen verdraagt de patiënt de onzekerheid niet of wil zij het onderste uit de kan. Dan kan worden besloten tot een ingreep of kuur, in de wetenschap dat de kans op verbetering klein is. De grens van dit soort beslissingen ligt verankerd in een bekend moreel principe, het principe van het niet schaden (*primum non nocere*). Dit principe brengt tot uitdrukking dat de arts zich voor alles dient te vergewissen van het feit dat de door hem voorgestelde behandeling de patiënt niet meer kwaad berokkent dan goed doet. Bij twijfel geldt: handen af.

Veel van de onvrede over de geneeskunde is herleidbaar tot dit punt: de complexe samenhang tussen de onzekerheid die de achtergrond vormt voor het medisch kennen en ingrijpen, en de veelheid van factoren die van invloed zijn op het nemen van een bepaalde beslissing. Aan het slot van deze paragraaf willen we deze complexe samenhang toespitsen op één, onzes inziens kenmerkend punt: de spanning die er bestaat tussen de *inherente feilbaarheid* van het medisch handelen enerzijds en de *hoge verwachtingen* over wat de geneeskunde tot stand vermag te brengen anderzijds.

De gedachte van de *inherente of noodzakelijke feilbaarheid* van het medisch kennen en kunnen is voor het eerst door Gorovitz & MacIntyre in 1976 naar voren gebracht.²⁷ Kort gezegd komt deze gedachte erop neer dat foutieve voorspellingen en niet-gewenste gevolgen inherent zijn aan het medisch handelen, zelfs als klinici over een toereikend kennisbestand beschikken en er geen sprake is van onachtzaamheid. In feite zeggen Gorovitz & MacIntyre op een andere manier wat wij in dit hoofdstuk ook steeds hebben benadrukt, namelijk dat er epistemische redenen zijn om vol te houden dat wetenschappelijke kennis wel een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde is voor goed medisch handelen. Gorovitz & MacIntyre spreken in dit verband over onvolledige of incomplete generalisaties. Medische kennis is opgebouwd uit generalisaties van het "characteris-

tically and for the most part .." type, met andere woorden uit semi-wetmatigheden die uitzonderingen en tegenvoorbeelden toestaan. Voorspellingen op basis van dit type generalisaties zijn noodzakelijkerwijs feilbaar, zelfs in het (utopische) geval dat de medicus kennis draagt van alle ware generalisaties die betrekking hebben op het object van de geneeskunde. Dat de geneeskunde zich tot onvolledige generalisaties moet beperken komt volgens Gorovitz & MacIntyre, omdat het object van haar handelen in een context staat en een ontwikkeling doormaakt. Deze contextgebondenheid en historiciteit maken dat medische kennis voor een *principiële* grens staat: zelfs kennis van alle wetmatigheden die voor het object van onderzoek gelden, is nog niet voldoende om falende voorspellingen ten aanzien van het concrete geval uit te kunnen sluiten.

Deze uitspraken stellen ons in staat twee lijnen samen te trekken die in ons betoog tot nu toe naar voren zijn gekomen, namelijk die van het verschil tussen wetenschappelijke kennis en kennis van de ziekte van de individuele patiënt, en die van de context van onzekerheid waarin het medisch handelen zich afspeelt. Wat Gorovitz & MacIntyre over deze onzekerheid zeggen is dat deze niet alleen resulteert uit het feit dat de medische wetenschap slechts in een gedeeltelijke staat van voltooiing verkeert. Genoemde onzekerheid is volgens hen uitdrukking van de principiële ontoereikendheid van het medisch kennen en prognostiseren, een ontoereikendheid die voortvloeit uit de gebondenheid aan de concrete situatie.²⁸

Interessant is dat MacIntyre en Gorovitz deze beschouwing verbinden met een bezinning op het morele gehalte van de geneeskunde. De geneeskunde is een praktijk die gericht is op 'the patient's prospering and flourishing'. Artsen en patiënten zullen zich volgens hen evenwel meer moeten realiseren dat schade en leed niet te vermijden gevolgen van het medisch handelen zijn en dat iedere poging de patiënt in zijn of haar individualiteit recht te doen, behalve tot gewenste ook tot ongewenste resultaten kan leiden. Iedere behandeling is in wezen een experiment, aldus Gorovitz en MacIntyre. Bijgevolg trekt iedere behandeling een wissel op de wetenschappelijke en professionele *integriteit* van de arts en op de bereidheid van de patiënt om zich in *vertrouwen* over te geven aan een dergelijk experiment.²⁹

Daarmee zijn we beland bij de andere pool van de juist gesignaleerde spanning, de *hoge verwachtingen* over wat de geneeskunde tot stand kan brengen (vgl. ook hoofdstuk I). Deze verwachtingen vormen een andere bron voor de onvrede over de geneeskunde, en wel sterker naarmate de verwachtingen hoger zijn en de inherente feilbaarheid

van het medisch handelen minder wordt erkend. We denken hier met name aan de vanzelfsprekendheid waarmee soms tot te duur en/of ingrijpend onderzoek en te belastende en/of ingrijpende behandeling wordt overgegaan. Ongetwijfeld is er op dit punt de afgelopen twintig jaar veel veranderd en verbeterd. De techniek is vriendelijker geworden. Er is meer voorlichting. De begeleiding is professioneler geworden. Toch betekent dit niet dat de toekomst zonder zorg tegemoet kan worden gezien. De stormachtige ontwikkelingen in de medische techniek en de medicalisering van het bestaan hebben het moeilijker gemaakt om de grens te bepalen tussen vormen van ongemak die men aanvaardt omdat ze met het leven gegeven zijn, en vormen van ongemak die men als voorwerp van medisch handelen ziet. Wat technisch kan, moet vaak ook.

Opnieuw constateren we hier een wederzijdse beïnvloeding en versterking. De techniek maakt dat het domein van het geneeskundig handelen zich blijft uitbreiden. Wat eens tot het onvermijdelijke behoorde, komt in de sfeer van het beheersbare te liggen. Anderzijds leidt het vervagen van de grenzen tussen ongemak dat aan het leven inherent is en ongemak dat object van medisch handelen is, tot een versterking van de technische imperatief. Mensen tonen tegenwoordig minder bereidheid dan vroeger om onzekerheid, onmacht en lijden te accepteren. Dat verklaart de nog steeds toenemende roep om medische beheersing. Een innerlijke rem op deze expansie van de techniek ontbreekt in veel gevallen, en wel vanwege onduidelijkheid over de normatieve vraag wat het geëigende object van het medisch handelen is.³⁰

De hoge verwachtingen ten aanzien van het beheersend vermogen van de geneeskunde staan op gespannen voet met de feilbaarheid die inherent is aan het medisch handelen. Oog in oog met de feilbaarheid van zijn handelen kan voor de arts de verleiding groot worden om zich juist *niet* kwetsbaar op te stellen en zich, daar waar dit mogelijk is, terug te trekken in een bolwerk van ogenschijnlijk zeker weten: de 'research evidence' met betrekking tot overlevings- en risicopercentages, complicaties en natuurlijk beloop. In plaats dat de arts de marges van onzekerheid met de patiënt onder ogen ziet en zijn verantwoordelijkheid afstemt op die van de patiënt, ontstaat er dan een klimaat waarin de arts zich steeds defensiever gaat opstellen en de patiënt toenemend het gevoel krijgt niet werkelijk te worden begrepen.³¹ Ontwikkelingen in de Verenigde Staten laten zien waartoe een dergelijke geneeskunde leidt: tot een inflatie van kostbaar hulponderzoek dat vooral bedoeld is om een eventuele schadeclaim te pareren, en tot torenhoge premies voor schade- en rechtsbijstandsverzekerin-

gen, die op hun beurt ook weer kostenverhogend werken. Dokter en patiënt dreigen zo vreemden en soms zelfs tegenstanders van elkaar te worden.

5. Verantwoordelijkheid en vertrouwen

We vatten samen. We begonnen ons betoog met de vraag naar de verhouding tussen professionaliteit en normativiteit. We bestreden de op het subsumptie-model gebaseerde gedachte dat het geneeskundig handelen uit handelingen bestaat die waardevrij zijn, omdat ze voortvloeien uit een sluitend redeneerproces waarin algemene kennis wordt toegepast op individuele gevallen. Het toepassen van algemene kennis bleek in feite een uiterst complex proces te zijn, waarbij niet alleen kennis van de ziekte een rol speelt, maar ook de gesteldheid van de zieke en de omstandigheden waaronder de arts zijn werk verricht. *Er blijft, zo constateerden we, een verschil bestaan tussen algemene, wetenschappelijke kennis van ziekten en kennis van ziekten in het concrete geval.* Voorspellingen die op medisch-wetenschappelijke kennis zijn gebaseerd, hebben een inherente feilbaarheid. Praktisch betekent dit dat ook als de arts zijn werk *lege artis* en consciëntieus verricht, er een kans is dat de voorspelde verandering niet optreedt.

Deze feilbaarheid hoeft niet op de spits gedreven te worden. Vaak zijn op wetenschappelijk inzicht gebaseerde voorspellingen toereikend om het medisch handelen richting te geven. Maar genoemde feilbaarheid is wel fundamenteel, omdat ze dwingt tot de erkenning dat de relatie tussen arts en patiënt en het vertrouwen dat daar een wezenlijk element van vormt, *niet louter op wetenschappelijk inzicht* kan zijn gestoeld. De verantwoordelijkheid van de arts reikt met andere woorden verder dan de polsstok van de wetenschap. Juist *omdat* de arts slechts beschikt over een gedeeltelijke zekerheid aangaande de gevolgen van zijn handelen, is het noodzakelijk dat hij met de patiënt het gesprek aangaat over de praktische, emotionele en vaak ook existentiële betekenis van de verschillende (be)handelingsalternatieven. Waar deze evaluatieve en normatieve component van het medisch handelen wordt ontweken, komt de patiënt alleen te staan, hetgeen het vertrouwen ondermijnt. Bovendien wordt de arts dan teruggeworpen op zijn feilbaarheid, hetgeen leidt tot defensief medisch handelen en een versterking van de technische imperatief.

De feilbaarheid van het medisch handelen onderstreept aldus de verantwoordelijkheid van de arts en het vertrouwen van de patiënt - en daarmee de normativiteit die inherent is aan het geneeskundig handelen. De patiënt mag vanwege zijn kwetsbare positie niet alleen

rechten, maar ook moreel verwachten dat de arts zich tot het uiterste inzet om zijn kansen te verbeteren. Omgekeerd mag de arts verwachten dat de patiënt op verantwoordelijke wijze omgaat met de inspanningen waartoe hij zich verplicht weet. Waar verantwoordelijkheid en vertrouwen ontbreken, kan het geneeskundig handelen niet meer ten volle aan haar bestemming beantwoorden. Het gaat hier om noties die een sleutelfunctie vervullen: *verantwoordelijkheid* en *vertrouwen* dragen de relatie tussen arts en patiënt; ze vormen de *morele grond* die de overgang van diagnostisch denkproces naar geneeskundige handeling schraagt en legitimeert.

Genoemde normativiteit is dus niet een zaak van bejegening alleen, de subjectieve rand. Ze komt er niet achteraf bij. Ze is een eigenschap van 'good clinical practice' en dus zelf 'medisch'. Want alleen door genoemde normativiteit te erkennen, is het mogelijk te ontkomen aan de beperkingen van een visie die het medisch handelen zoveel mogelijk gekwalificeerd wil zien door haar 'objectieve kern'. Die beperkingen bleken samen te hangen met een eenzijdig technisch-instrumentele visie op het medisch handelen. We hebben gezien dat die visie tekortschiet. Ook de cognitieve activiteiten van de arts zijn ingeweven in het medisch handelen en kunnen daarvan niet worden geïsoleerd. Omdat dit handelen gericht is op het welzijn van de patiënt hebben genoemde activiteiten een normatieve strekking. We zouden hier van een ontsluiting van het cognitieve aspect kunnen spreken: het medisch kennen krijgt in de klinische praktijk een toespising in de richting van een normativiteit waarin het welzijn van de patiënt centraal staat.

Een concrete invulling van deze normativiteit kan van de hier geleverde analyse niet verwacht worden. Ons betoeg beperkte zich ertoe aan te tonen dat het morele, ook in wat we de 'objectieve kern' van de geneeskunde hebben genoemd, niet ontweken kan worden, - anders dan op straffe van een defensieve geneeskunde en vervreemding tussen arts en patiënt. Analyse van deze 'objectieve kern' maakte duidelijk dat deze op zich niet toereikend is om het medisch handelen te funderen. Voor een dergelijke fundering bleek het nodig de nadruk te leggen op het handelingskarakter van de klinische praktijk, waaronder het aspect van het moeten beslissen.

De arts verkeert hier in een fundamenteel andere positie dan de wetenschapper. De laatste kan beslissingen opschorten tot er voldoende evidentie is en de implicaties van de verschillende keuzes duidelijk zijn. Dit element ontbreekt in de klinische praktijk. Beslissingen kunnen vaak niet opgeschort worden en uitstel van de beslissing maakt de verantwoordelijkheid van de arts niet ongedaan.

We hebben gezien dat het vertrouwen in de arts, en in de geneeskunde als geheel, vandaag op allerlei manieren onder druk komt te staan. Leed en onmacht worden minder goed verdragen en daarmee ook de feilbaarheid van medische voorspellingen. Tegelijk groeien de verwachtingen aangaande het medisch kennen en kunnen, mede in de hand gewerkt door de vage begrenzing van het geneeskundig handelen. Dat draagt op zijn beurt weer bij tot de fictie van beheersbaarheid en - bijgevolg - het minder kunnen verdragen van ongemak en leed. Deze cirkel kan alleen doorbroken worden wanneer artsen en patiënten zich meer bewust worden van de eigen aard van het medisch handelen, in het bijzonder de morele lading van dit handelen. Structureel gezien gaat het hier om de reeds in hoofdstuk III besproken constitutieve voorwaarden in kwalificerende en funderende zin, om het professionele ethos en om de regulatieve noties die bepalend zijn voor de ontmoeting tussen arts en patiënt. In het laatste hoofdstuk komen we hierop terug. We zullen nu eerst aandacht schenken aan de ethische modellen en stromingen die de waarden en normen die hier tussen de regels door de revue passeerden, handen en voeten geven.

Noten bij hoofdstuk IV

1. De term 'subsumptie-benadering' is ontleend aan B. Gremmen, *The mystery of the practical use of scientific knowledge* (Proefschrift), Enschede: Universiteit Twente 1993. Vgl. voor een afwijzing van deze benadering ook G. Glas, 'Clinical practice and the complexity of medical knowledge', in: *ESMPH-Bulletin* Vol. 3 (1995) nr. 3 (CD-Rom); en J. Hoogland, J.J. Polder, S. Strijbos & H. Jochensen, *Professioneel beheerst. Professionele autonomie van de arts in relatie tot instrumenten voor beheersing van kosten en kwaliteit van de gezondheidszorg*, Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 12, Ede 1995, pp. 65vv. en 231vv.
2. Vgl. hiertoe ook D.A. Albert, R. Munson & M.D. Resnik, *Reasoning in medicine. An introduction to clinical inference*, Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1988; K. Malterud, 'The legitimacy of clinical knowledge: towards a medical epistemology embracing the art of medicine', in: *Theoretical Medicine* jg. 16 (1995), pp. 183-198; R. Munson, 'Why medicine cannot be a science', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 6 (1981), pp. 183-208; E.D. Pellegrino & D.C. Thomasma, 'A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions', New York/Oxford: Oxford University Press 1981; 'D.C. Thomasma, Applying general medical knowledge to individuals: a philosophical analysis', in: *Theoretical Medicine* jg. 9 (1988), pp. 187-200; S. Toulmin, 'On the nature of the physician's understanding', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 1 (1976), pp. 32-50.
3. Vgl. voor een discussie over de betekenis van kennis van het individuele (of casuïstische kennis): A.L. Caplan, 'Exemplar reasoning? A comment on theory structure in biomedicine', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 11 (1986), pp. 93-105; K.M. Hunter, 'A science of individuals: medicine and casuistry', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 14 (1989), pp. 193-212.

4. Zie voor deze neergang de klassieker van F. Suppe, *The structure of scientific theories*, Urbana & Chicago: University of Illinois Press 1977 (second edition). Een veel genuanceerder beeld voor wat betreft de biomedische wetenschappen bieden de gezaghebbende artikelen van K.F. Schaffner; vgl. K.F. Schaffner, 'Theory structure in the biomedical sciences', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 5 (1980), pp. 57-97; idem, 'Exemplar reasoning about biological models and diseases: a relation between philosophy of medicine and philosophy of science', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 11 (1986), pp. 63-80.
5. *De indeling in vier niveaus werd eerder ontwikkeld in G. Glas, Concepten van angst en angststoornissen. Een psychiatrische en vakfilosofische studie*, Lisse: Swets & Zeitlinger 1991, hoofdstuk 2.
6. Vgl. voor een beschrijving van dit proces M. Siegler, 'The nature and limits of clinical medicine', in: E.J. Cassell & M. Siegler, *Changing values in medicine*, University Publications of America (z.p.) 1979, pp. 19-41.
7. C. Brinkgreve, J.H. Onland & A. de Swaan, *Sociologie van de psychotherapie 1. De opkomst van het psychotherapeutisch bedrijf*, Utrecht/Antwerpen: Het Spectrum 1979.
8. Vgl. voor een klassieke beschrijving A.R. Feinstein, *Clinical judgment*, Baltimore: Williams and Wilkins 1967.
9. Er zijn natuurlijk situaties te bedenken waarin het diagnosticeren als een wetenschappelijke activiteit kan worden aangemerkt. Denk bijvoorbeeld aan wetenschappelijk onderzoek waarbij klinische interviews en/of allerlei vragenlijsten worden afgenomen. Het is de context die hier doorslaggevend is. In het laatste geval maakt het diagnostisch proces deel uit van een experiment. En experimenten zijn er op gericht iets algemeen vast te stellen ten aanzien van een bepaald verschijnsel.
10. Stafleu spreekt in dit verband over de *specificerende of technische* richting in het wetenschappelijk onderzoek. Vgl. M.D. Stafleu, *Theories at work. On the structure and functioning of theories in science, in particular during the copernican revolution*, Lanham/New York/London: University Press of America 1987, pp. 151-157. Vgl. ook M.D. Stafleu, 'Theories as logically qualified artefacts (I)', in: *Philosophia Reformata* jg. 46 (1981) nr. 2, pp. 164-189; en 'Theories as logically qualified artefacts (II)', in: *Philosophia Reformata* jg. 47 (1982) nr. 1, pp. 20-40.
11. Vgl. hiertoe H. Dooyeweerd, *A new critique of theoretical thought* dl. III, Amsterdam/Paris/Philadelphia: Presbyterian and Reformed Publ. Comp. 1953-1958, pp. 53-103, in het bijzonder pp. 97-98.
12. Bovenstaande uiteenzetting tendeeft naar een realistische opvatting van universaliteit, te weten de opvatting die postuleert dat het universele (of algemene) in de dingen zelf besloten ligt. Het belangrijkste alternatief is de nominalistische opvatting volgens welke het universele niet in de werkelijkheid zelf voorkomt, maar alleen in het menselijk kennen. Termen als struik en suikerziekte zijn volgens de nominalist slechts namen (nomina), ze hebben geen werkelijkheid buiten de menselijke taal c.q. het menselijk begripsvermogen.
Er bestaan nominalistische interpretaties van de medische taxonomie (leer van de classificatie van ziekten), bijvoorbeeld de opvatting die stelt dat diagnoses en ziekten constructen zijn die primair zijn bedoeld om de sociale werkelijkheid te ordenen (sociaal constructivisme) of de opvatting die stelt dat diagnoses en ziekten primair een directief tot een bepaalde vorm van medisch handelen vormen en niet zozeer iets zeggen over oorzaak en aard van de stoornis (pragmatisme). In de geneeskunde overweegt echter de realistische interpretatie van het ziekte-begrip. We realiseren ons dat hier filosofisch en praktisch meer gezegd kan worden. Zo dient erkend te worden dat de medische diagnostiek en nomenclatuur onderhevig is aan maatschappelijke invloeden. Filosofisch gezien is er bovendien een interessante parallel tussen het biologisch soortbegrip en het soortbegrip uit de

zichteel. Juist over het biologisch soortbegrip is de laatste jaren een discussie gaande die meer verfijning toont dan tot uitdrukking komt in de tweeslag nominalisme - realisme. Tenslotte zijn we in het voorafgaande voorbijgegaan aan het in de reformatorische wijsbegeerte fundamentele onderscheid tussen 'wet' en 'subjecte' (d.i. de werkelijkheid zoals deze aan de 'wet' onderworpen is). Dit onderscheid is van belang omdat het duidelijk maakt dat het universele in de dingen (de dingstructuur) niet in zichzelf rust, maar in het goddelijke spreken (de wet). Structuur (dat wat van de wet in de werkelijkheid zichtbaar wordt) correleert met wet, als subjectszijde en wetszijde.

13. Over de voor- en nadelen van de RCT is de laatste jaren veel te doen geweest. Zo blijkt in de praktijk dat er bij het samenstellen van de onderzoeksgroep vaak nogal wat uitvallers zijn, bijvoorbeeld doordat patiënten net niet helemaal aan de diagnostische criteria voor de betreffende ziekte voldoen of doordat zij ook nog aan een andere aandoening lijden. Soms voelen patiënten er ook niet voor om aan een experiment mee te doen. De redenen hiervoor kunnen irrelevant zijn voor het betreffende onderzoek, maar in andere gevallen zijn die redenen wel relevant, bijvoorbeeld wanneer weigering verband houdt met de ernst, c.q. het subjectieve lijden als gevolg van de ziekte. De onderzoeksresultaten hebben in deze gevallen betrekking op een niet representatieve doorsnee uit het totaal van patiënten dat aan de ziekte lijdt.
14. Vgl. bijvoorbeeld A.J.A. Kaasenbrood, *Consensus als criterium. De ontwikkeling, verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed medisch handelen* (proefschrift), Utrecht: Nederlands centrum voor Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 95-20, 1995.
15. Dit laatste voorbeeld levert een interessante ethische illustratie op van de juistheid van het onderscheid tussen het tweede en derde niveau van medisch kennen. In de praktijk stuit men immers bij het combineren van de twee petten, die van de clinicus-behandelaar en die van de onderzoeker, nogal eens op morele grenzen, bijvoorbeeld bij het formeren van de controlegroep. Zo kan het uit onderzoeksoverwegingen interessant zijn de controlegroep een behandeling aan te bieden waarvan men als clinicus vindt dat deze inferieur is. Of men heeft als onderzoeker de neiging een controlegroep samen te stellen die tijdelijk geen behandeling krijgt, terwijl er wel een (bewezen) effectieve behandeling beschikbaar is. Ook zonder ethische commissies, die juist voor dit soort dilemma's in het leven zijn geroepen, keert de wal hier vaak het schip: de goed geïnformeerde patiënt neemt tegenwoordig meestal geen genoegen met een behandeling van inferieure kwaliteit.
16. Formuleringen als 'de harde kern' of 'de objectieve kern' moeten steeds tussen aanhalingstekens gelezen worden, omdat wij niet van mening zijn dat er een objectiviteit los van normatieve beoordelingen bestaat, ook niet als het gaat om het begrip ziekte. "To call a state of affairs a disease, then, is not simply to describe it in species typical or biological terms, but to characterize it as somehow bad or undesirable relative to human freedom in general and various particular values. Such judgments can and do conflict with other judgments regarding an individual's experienced sense of illness or well-being", aldus G.J. Agich, 'Disease and value: a rejection of the value-neutral thesis', in: *Theoretical Medicine* jg. 4 (1983), pp. 27-41 (citaat p. 36).
17. Voor een methodisch verfijnde toepassing op het terrein van de psychiatrische diagnostiek, vgl. N. Cantor, E. Smith, R.D. French & J.E. Mezzich, 'Psychiatric diagnosis as prototype categorization', in: *Journal of Abnormal Psychology* jg. 89 (1980), pp. 181-193. De term Gestalt is ontleend aan de waarnemingspsychologie uit het begin van onze eeuw (o.a. Kurt Lewin). De Gestaltpsychologie richtte zich tegen toen gangbare associatiepsychologie die het waarnemen voorstelde als een

constructief proces waarbij het beeld van het geheel (een stoel, een vaas) werd geacht te zijn opgebouwd uit associaties tussen vele deelwaarnemingen. De Gestaltpsychologen stelden daar tegenover dat de waarneming van het geheel het primaat heeft boven de waarneming van delen. De manier waarop de Gestaltpsychologie dit inzicht uitwerkte is inmiddels achterhaald. Maar dat er structurerende elementen in de waarneming zelf werkzaam zijn en dat de waarneming niet het eindproduct is van een associatief proces, is een inzicht dat nog steeds actueel is en momenteel in de cognitieve psychologie volop wordt bestudeerd.

18. Dit geldt met name voor de huisartsenpraktijk. Vgl. bijv. K. Hodgkin, *Towards earlier diagnosis in primary care*, Edinbrugh/London/New York: Churchill Livingstone 1976 (4th edition), pp. 15-31.
19. De sensitiviteit van een bepaalde test drukt (in percentages) de kans uit dat de test positief is in het geval de patiënt de ziekte heeft. Een hoge sensitiviteit betekent dat er bij een positief testresultaat weinig fout-negatieven zijn, d.w.z. weinig patiënten die vanwege een negatief testresultaat ten onrechte als niet-ziek worden beschouwd. De specificiteit van een bepaalde test drukt (in percentages) de kans uit dat de patiënt de ziekte heeft in het geval de test positief is. Een lage specificiteit betekent dat er bij een positief testresultaat veel fout-positieven zijn, d.w.z. veel patiënten bij wie het positieve testresultaat ten onrechte wijst op de betreffende ziekte. De test is in het laatste geval ook positief bij patiënten met andere ziekten of bij gezonden. Uitgaande van de sensitiviteit en de specificiteit van een bepaalde test en de frequentie van voorkomen van een bepaalde ziekte kan aan de hand van het zgn. *theorem van Bayes* de kans worden berekend dat de patiënt de betreffende ziekte heeft, gegeven een bepaalde testuitslag (of constellatie van symptomen). Vgl. H.R. Wulff, S.A. Pedersen & R. Rosenberg, *Filosofie van de geneeskunde. Een verkenning*, Amsterdam/Utrecht: Meulenhoff & Bunge 1988, pp. 112-12; en D.A. Rizzi, 'Medical prognosis - some fundamentals', in: *Theoretical Medicine* jg. 14 (1993), pp. 365-375.
20. Vgl. voor de onderhavige problematiek ook M.W. Cooper, 'Should physicians be Bayesian agents?' in: *Theoretical Medicine* jg. 13 (1992), pp. 349-361.
21. We gaan hier voorbij aan het punt dat cognitieve activiteiten zelf ook als handelingen kunnen worden aangemerkt, namelijk als denkhandelingen. Dat doen we niet zozeer omdat we het met deze visie oneens zouden zijn, maar meer om aansluiting te blijven houden met het dagelijkse taalgebruik waarin handelen toch meestal geassocieerd wordt met intentioneel gedrag dat rechtstreeks *waarneembaar* is. De term act wordt in dit verband wel gebruikt om de niet-waarneembare, mentale zijde van het handelen aan te duiden. Voor de filosofisch geïnteresseerde lezer: wij nemen het onderscheid tussen act en handeling, binnen- en buitenzijde, niet-waarneembare en waarneembare zijde niet zo absoluut dat dit tot solipsistische consequenties zou leiden.
22. Vgl. voor een poging deze ontsluitingsdimensie op het terrein van de psychotherapie en psychiatrie meer handen en voeten te geven G. Glas, 'Psychotherapie in het spanningsveld van professionaliteit en normativiteit', in: *Psyche en Geloof* jg. 4 (1993) nr. 1, pp. 2-18; en G. Glas, 'Psyche and faith - beyond professionalism', in: P.J. Verhagen & G. Glas (eds.), in: *Psyche and faith - beyond professionalism*, Boekencentrum: Zoetermeer 1996, pp. 167-184.
23. Vgl. D.M. Eddy, 'clinical decision making: from theory to practice. Anatomy of a decision', in: *Journal of the American Medical Association* jg. 19 (1990), pp. 441-443 (vgl. ook 287-290, 877-880, 1265-1275).
Wat betreft de eerste vraag (onzekerheid of er sprake is van de ziekte) dient gewezen te worden op het belangrijke verschil tussen *statistische* en *subjectieve* waarschijnlijkheid. Statistische waarschijnlijkheid heeft betrekking op populaties

die aan bepaalde kenmerken voldoen. Subjectieve waarschijnlijkheid heeft in een klinische context meestal betrekking op het individuele geval. Waarschijnlijkheids- en risicopercentages die op populaties betrekking hebben mogen niet zondermeer worden toegepast op het individuele geval. Populaties vertonen immers een spreiding van kansen en risico's en men weet niet op voorhand of de betreffende patiënt aan de gunstige of de ongunstige kant van het spreidingsgemiddelde zit. Bovendien zegt statistische waarschijnlijkheid op zich niets over de waarschijnlijkheid dat het onderzochte verband ook werkelijk bestaat. Statistische waarschijnlijkheid zegt alleen iets over de verdeling van frequenties. Clinici maken nogal eens de fout de zogenaamde P-waarde te interpreteren als de kans dat er (feitelijk) een bepaald verband bestaat (bijvoorbeeld een verschil in behandelresultaat tussen wel of geen behandeling). $P < 0.05$ zou dan betekenen dat de kans dat het gevonden effect niet bestaat kleiner dan 5% is. Deze interpretatie van het begrip statistische waarschijnlijkheid is onjuist: P-waarden dienen altijd gerelateerd te worden aan de (waarschijnlijkheid van de) zogenaamde nul-hypothese, die stelt dat het onderzochte verband niet bestaat. Een P van 0.05 zegt dan dat, *indien de nul-hypothese juist is* (en het betreffende verband dus *niet* bestaat), de kans op het bewuste verschil tussen wel en geen behandeling 5% bedraagt; d.w.z. te vergelijken is met de kans dat je in een zak met 95 witte en 5 rode knikkers, er een rode uitpakt. Nul-hypothesen met een hoge graad van waarschijnlijkheid zetten onderzoek met een op zich aanvaardbare significantie ($P < 0.05$) op losse schroeven. Kortom: statistische waarschijnlijkheid dient altijd te worden geïnterpreteerd in het licht van tevoren al bestaande evidenties en waarschijnlijkheden, in casu het al dan niet waarschijnlijk zijn van de juistheid van de nul-hypothese. Vgl. Wulff et al. *a.w.*, pp. 121vv.

24. Vgl. A.L. Greer, 'The state of the art versus the state of the science. The diffusion of new medical technologies into practice', in: *International Journal of Technology Assessment in Health Care* jg. 4 (1988), pp. 5-26.
25. Vgl. de conclusie uit een overzichtsartikel over getoetst onderzoek naar de invoering van richtlijnen: "Our review shows that there are many determinants of clinical action besides research evidence, including educational, patient, administrative, and economic influences"; en: "The most promising strategies aimed at practitioners couple personalized education directed by respected peers with structured feedback (computerized or not) and auditing mechanisms" (p. 89). Ontleend aan J. Lomas & R.B. Haynes, 'a taxonomy and critical review of tested strategies for the application of clinical practice recommendations: from "official" to "individual" clinical policy', in: *American Journal of Preventive Medicine* jg. 4 (1988), pp. 77-94.
26. Het klassieke adagium *vis medicatrix naturae* (de natuur is haar eigen heelmee-ster) gaf een ratio aan deze afwachtende attitude. Dit adagium is nog steeds relevant, al heeft het in onze tijd wel aan betekenis ingeboet. Vandaag wordt het ziektebeloop in sterke mate mede beïnvloed door allerlei vormen van medisch ingrijpen. Veel chronische ziekten kennen nauwelijks meer een 'natuurlijk' verloop. Zo zagen psychiaters vroeger bepaalde psychotische verschijnselen die tegenwoordig nauwelijks meer voorkomen. De psychofarmacologische behandeling van psychosen heeft tot een ander symptoomprofiel geleid.
27. S. Gorovitz & A. MacIntyre, 'Toward a theory of medical fallibility', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 1 (1976), pp. 51-71.
28. Gorovitz en MacIntyre maken niet, zoals wij, een onderscheid tussen wetenschap en klinische praktijk. De klinische praktijk is bij hen een vorm van toegepaste wetenschap, dat wil zeggen een wetenschap die zich bezighoudt met 'universals' en 'particulars'. Niveau 2 en niveau 3 vallen bij hen min of meer samen. Anders dan de technologie, die kennis organiseert rond de werking van apparaten met een

bepaald praktisch doel, beschikt de toegepaste wetenschap volgens hen over een *theoretisch* georganiseerd kennisbestand, dat betrekking heeft op een object van onderzoek dat sterk bepaald wordt door context en historische ontwikkeling. Spits van hun betoog is de gedachte dat klinici veel meer zouden moeten leren van hun achteraf onjuist gebleken voorspellingen. Dat leerproces begint volgens hen in de klinische praktijk, namelijk met het registreren van voorspellingen en de uitkomsten daarvan. Voorspellingen die achteraf onjuist blijken, zijn niet ofwel uitdrukking van de onvolkomenheid van wetenschappelijke kennis (of het hanteren daarvan) ofwel teken van onachtzaamheid of 'malpractice'. Er is een derde factor, die van de *inherente feilbaarheid* van op medische kennis gebaseerde voorspellingen. Deze factor maakt dat klinici zich niet per definitie iets hoeven te verwijten als de uitkomst van een bepaalde behandeling tegenvalt.

Gorovitz en MacIntyre hebben onzes inziens gelijk als ze stellen dat ook in de klinische praktijk 'hypotheses' worden getoetst en dat onjuist gebleken 'hypotheses' een belangrijke heuristische waarde kunnen hebben. Het bewaren van 'spijts serum' (serum dat men invriest, om later te kunnen nagaan of men iets over het hoofd heeft gezien) is een fraai voorbeeld van de poging om ook op klinisch niveau hypothese-toetsend te werk te gaan. Maar deze 'hypotheses' hebben betrekking op individuele gevallen en zijn toch van andere aard dan hypotheses die gericht zijn op het ontdekken van algemene verbanden - al kunnen ze er de inleiding toe vormen. Gorovitz en MacIntyre onderkennen dit verschil in gerichtheid wel, maar zien hierin geen reden beide scherper te onderscheiden. Geneeskunde is als 'applied science' een wetenschap van 'universals' en 'particulars'. Het springende punt is volgens ons hoe men aankijkt tegen de denkactiviteit van de clinicus die zijn falende voorspellingen kritisch onder de loep neemt. Feitelijk is er dan sprake van een poging om orde te ontdekken in verschijnselen die op het klinische niveau zich als onvoorspeld en dus als toevalsbevinding aandienen. Dit ontdekken van orde blijft echter betrokken op het individuele geval. Natuurlijk kan het ontdekken van een bepaald verband aanleiding zijn tot het formuleren van nieuwe, meer toegespitste hypothesen voor alle gevallen van het onderhavige type. Dan is er echter sprake van een systematisering die het klinische perspectief overstijgt en die als vakwetenschappelijk geduid moet worden. Deze correctie op de visie van Gorovitz en MacIntyre doet overigens aan de juistheid van hun stelling aangaande de inherente feilbaarheid van het medisch handelen niets af.

29. Omdat feilbaarheid inherent is, is iatrogene schade niet per definitie toe te rekenen aan de arts. Iatrogene schade die niet te wijten is aan onzorgvuldigheid of het onjuist gebruik van of gebrek aan medische kennis, zou juridisch en verzekeringstechnisch moeten worden behandeld op een wijze die vergelijkbaar is met de schade veroorzaakt door (onvoorziene) rampen, aldus Gorovitz en MacIntyre *a.w.*, p. 70. Het behoeft geen betoog dat deze stelling, indien aanvaard, grote gevolgen heeft voor de rechtspraktijk, zeker in de Verenigde Staten. De discussie was navenant, vgl. bijvoorbeeld H. Brody, 'Commentary on "Error, malpractice, and the problem of universals"', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 7 (1982), pp. 251-257; B.P. Minogue, 'Error, malpractice, and the problem of universals', in: *The Journal of Medicine and Philosophy* jg. 7 (1982), pp. 239-250.
30. Vgl. D. Callahan & E. Parens, 'The ends of medicine: shaping new goals', in: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* jg. 72 (1995), pp. 95-117. De combinatie van een verouderende bevolking, toenemend dure technologie, groeiende problemen in het omgaan met chronische ziekten en de publieke eis van constante verbetering van de gezondheidszorg, zullen volgens de auteurs in de westerse wereld vroeg of laat leiden tot een economische en sociale crisis zonder weerga. Nodig is een fundamentele discussie over de doelen die inherent zijn

aan het medisch handelen. Die discussie gaat nu vaak schuil achter gemakkelijker onderwerpen als de efficiëntie van het medisch handelen en de organisatie van de gezondheidszorg. Om de gedachten te bepalen schetsen de auteurs twee modellen, een traditioneel (aristotelisch) model waarbij de doelen van nature gegeven zijn met een bepaald soort handelen en een modern (cartesiaans) model waarin het bestaan van een dergelijke natuurlijke teleologie (doelgerichtheid) wordt ontkend en doelen een zaak van subjectieve voorkeur worden en tijdgebonden constructies zijn. Aan het slot van hun belangwekkende betoog zoeken zij naar een combinatie van beide modellen die leidt tot een meer accepterende houding ten opzichte van het lijden en het gebrek dat inherent is aan het menselijk bestaan.

31. Vgl. D.M. Eddy *a.w.*, p. 443: "... communication with patients regarding their options is at the heart of the physician-patient relationship". Eddy adviseert eerst het waarde-aspect te bespreken (m.a.w. wat de patiënt van de verschillende opties en de impact daarvan op zijn of haar leefwereld vindt) en om pas daarna meer gedetailleerd in te gaan op allerlei 'objectief'-medische feiten. Voor een beschouwing over deze 'kunst' van de geneeskunde, vgl. ook E.J. Cassell, *The healer's art. A new approach to the doctor-patient relationship*, Philadelphia/New York: Lippincott Comp. 1976.

Stromingen in de ethiek

1. Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken hebben wij ons verzet tegen een tamelijk gangbaar beeld van de rol van de ethiek in de geneeskunde, namelijk als zou die rol van *externe* aard zijn en hooguit bestaan uit het *achteraf* toetsen van bepaalde medische handelingen. In plaats daarvan hebben wij gesteld dat de geneeskunde een normatieve praktijk is en dat die normativiteit in alle fasen en aspecten van het geneeskundig handelen aan de orde is, ook al wordt ze niet altijd als zodanig herkend.

In het vorige hoofdstuk vroegen we ons af of deze stelling overeind kan blijven als het gaat om wat door velen als het hart van de geneeskunde wordt gezien: de denkprocessen die bepalend zijn voor medische beslissingen, in het bijzonder de medische diagnostiek. We stelden dat de aansluiting tussen deze cognitieve kant en het morele aspect van de geneeskunde gezocht moet worden in het handelingskarakter van de geneeskunde. We concentreerden ons daarbij om methodische redenen op ziekten en niet op het ziek-zijn, al bleek die scheiding gaandeweg het betoog steeds meer een kunstmatige te zijn.

In dit hoofdstuk willen we de cirkel weer wat ruimer trekken. Het geneeskundig handelen omvat immers meer dan het bestrijden van ziekten, maar bijvoorbeeld ook zorg in de vorm van verlichting van lijden en van het sterven. In de definitie van ziekten speelt de wetenschappelijke abstractie een rol en daarmee de abstractie van het morele aspect; dat geldt in veel mindere mate voor het ziek-zijn.

Anders dan vaak wordt gedacht, is ziekte ten opzichte van het ziek-zijn een *afgeleid* begrip. De arts heeft primair te maken met de patiënt die zegt: "Ik ben ziek"; of: "Ik voel me ziek"; of: "Er is iets aan de hand, ik kan het niet verklaren, misschien kunt u me helpen". Kennis van ziekten is van vakwetenschappelijke aard (niveau 3). De termen waarmee over ziek-zijn wordt gesproken, behoren tot de alledaagse taal (niveau 1; zie hfdst. IV, § 2). Vakwetenschappelijke concepten veronderstellen de omgangstaal. Ook de klinische taal is zoals we zagen niet zondermeer een afgeleide van de omgangstaal.

Veel sterker dan voor ziekten, waarover immers vooral in *constateren-*

de zin wordt gesproken, geldt voor het ziek-zijn dat de noties die patiënten en artsen daarover hebben van *evaluatieve* aard zijn. Die noties worden inzichtelijk als ze in verband worden gebracht met hun normatieve achtergrond. We kunnen hierbij denken aan wat artsen en patiënten in allerlei omstandigheden voor normaal of abnormaal houden.¹ We kunnen ook denken aan wat in vorige hoofdstukken al aan de orde kwam, namelijk dat de klacht van de patiënt een moreel appèl inhoudt; en aan regulatieve noties als zorg en weldoen die bepalen in welke richting de arts het goede voor de patiënt zoekt.

Deze horizon-verbreding ten aanzien van het object van de geneeskunde impliceert ook een bredere visie op de aard van het medisch handelen. Dit handelen omvat meer dan alleen het denkproces dat aan diagnostiek en indicatiestelling ten grondslag ligt. We hebben in het derde hoofdstuk geprobeerd de aard van dit 'meer' te analyseren. In het volgende hoofdstuk zullen we dit nog verder uitwerken voor wat betreft de specifiek morele aspecten van de klinische praktijk (niveau 2).

In dit hoofdstuk zullen we deze uitwerking voorbereiden door een beknopt overzicht te geven van een aantal ethische theorieën en modellen (hfdst. V, § 3-8). Deze theorieën en modellen geven een idee welke aspecten van de transacties tussen arts en patiënt moreel 'gevoelig' zijn en welke waarden en normen daarbij in het geding zijn. Leidraad is daarbij opnieuw de gedachte dat ethiek in de geneeskunde zelf thuishoort en daar niet achteraf of van buitenaf aan dient te worden toegevoegd. Alvorens over te gaan tot een bespreking van enkele ethische theorieën en modellen, maken we echter eerst enkele oriënterende opmerkingen over het morele debat van vandaag.

2. Emotivisme, proceduralisme en moreel pluralisme

We beginnen met een tweetal voorbeelden die min of meer illustratief zijn voor het morele debat van vandaag. De voorbeelden zijn ontleend aan de actualiteit, maar aangepast ten behoeve van ons betoog.

In een televisieprogramma staat het onderwerp draagmoederschap centraal. Aanleiding is een bericht in de landelijke pers dat een draagmoeder zich heeft laten betalen voor het uitdragen van de zwangerschap van een in-vitro-gefertiliseerde eicel van een kinderloos echtpaar. De draagmoeder blijkt zelf niet bereid aan het programma deel te nemen. In plaats daarvan wordt zij thuis met de camera in de rug geïnterviewd. Ze vertelt dat de zwangerschap een verrijkende ervaring was en dat ze weinig moeite heeft ervaren met het afstaan van het kind. Het geldt dat

zij ontving, was een onkostenvergoeding. De ouders, mijnheer en mevrouw B, vertellen in de studio dat ze na een aantal mislukte pogingen met behulp van IVF ten einde raad waren en dat ze zich heel gelukkig voelen met hun kind. Vervolgens komt een hoogleraar gynaecologie aan het woord die vertelt hoe groot de nood van ouders is, dat de techniek inmiddels geen probleem meer hoeft te zijn en dat, als het aan hem lag, veel meer ouders zo geholpen zouden moeten worden. Hierna krijgt een criticus gelegenheid om te reageren. Deze stelt dat het krijgen van kinderen binnen het huwelijk thuishoort en dat het legaliseren van draagmoederschap grote risico's met zich meebrengt: commercialisering, ondeugdelijke contracten tussen wensouders en draagmoeder, leed bij de draagmoeder en problemen als het kind onverhoopt gehandicapt ter wereld komt. Een ander ongewild kinderloos echtpaar reageert hierop boos. De kerk moet nu toch eindelijk eens ophouden voor te schrijven wat wel en niet mag. Hun gynaecoloog wilde hen ook wel helpen, maar de directie van het ziekenhuis bleek tegen draagmoederschap gekant. Betaling van de draagmoeder is voor hen geen probleem. De discussie wordt emotioneler, zeker als ook het onderwerp babyhandel ter sprake komt. Tot slot komt mevrouw B aan het woord. Ze zegt: "Ik voel dat het goed is, zoals wij het gedaan hebben." Mijnheer B knikt instemmend.

Het voorbeeld illustreert allerlei aspecten die kenmerkend zijn voor het huidige morele debat: het beroep op de techniek als verkapt moreel argument, de nadruk op de individuele keuzevrijheid, de instrumentalisering van de omgang met het lichaam, en het probleem van de onvoorziene consequenties. Het gaat ons hier echter om nog iets anders, namelijk om de rol van emoties in het debat. Sommige aanwezigen lijken uit te gaan van de veronderstelling dat als iets 'goed *voelt*', dat het dan ook goed *is*. Het is begrijpelijk dat beide echtparen hun moeite en verdriet tonen. Ze zijn niet van steen. Maar wat anders is of aan deze emoties ook een moreel argument kan worden ontleend. *Veel mensen menen tegenwoordig van wel. Voor hen is de moraal een kwestie van afwegen van wat je over iets voelt. Deze manier van omgaan met morele vragen staat bekend als emotivistisch. Het emotivisme herleidt de moraal tot subjectieve gevoelens en waarden: iets is goed als het je aanspreekt en/of een prettig gevoel bezorgt.*

Tweede voorbeeld:

In de ethische commissie van een algemeen ziekenhuis wordt

gediscussieerd over richtlijnen over late zwangerschapsafbreking. Hoewel niemand erg gelukkig is met het onderwerp, vindt een meerderheid van de commissie toch dat er een regeling moet komen. Er zijn nu eenmaal uitzonderlijke gevallen en bovendien is een algehele afwijzing als commissiestandpunt niet opportuun: de directie heeft om richtlijnen verzocht. De maatschappelijk werker, die in het bestuur van een organisatie voor gehandicapten zit, heeft de meeste moeite met de hele discussie. Hij legt zich echter neer bij het gevoelen van de meerderheid. De internist zegt: "Zelf zou ik het nooit doen. Maar ik vind toch dat er voor patiënten die dit willen en voor artsen die bereid zijn te helpen, een regeling moet komen". De discussie gaat vervolgens vooral over de vraag wie er allemaal bij de besluitvorming betrokken dienen te worden. Wat betreft de voorwaarden waaronder tot late zwangerschapsafbreking wordt overgegaan, sluit de commissie zich aan bij de criteria die in een nota van de beroepsvereniging zijn geformuleerd.

Het gedrag van de commissie illustreert een ander aspect van de huidige omgang met morele vragen. Door zich neer te leggen bij de opinie van de directie en van de beroepsorganisatie vermijdt de commissie het morele debat. De bespreking gaat hoofdzakelijk over de manier waarop, de procedure van late zwangerschapsafbreking, en niet over de inhoudelijke vragen die hier liggen. Deze manier van omgaan met morele vragen wordt wel aangeduid met de term *proceduralisme*. Met name het gedrag van de internist is in dit verband typerend. Door wat hij privé vindt te scheiden van wat hij publiek, als commissielid, meent te moeten doen, creëert hij voor zichzelf ruimte om in debat te blijven. Zijn persoonlijke betrokkenheid ruilt hij in voor een instrumentele, quasi-technische rol: die van bemiddelaar in een situatie dat tegengestelde belangen kunnen leiden tot een onoplosbaar conflict. Dat hiervoor een prijs moet worden betaald, is duidelijk. Het morele debat verzakelijkt en verliest morele substantie. Het mikt op een minimum-consensus op basis van een smalle moraal.

De rol van de internist komt overeen met die van de ethicus in de procedurele benadering. Die rol is problematisch, omdat ze staat of valt met de onpartijdigheid van de ethicus, terwijl die onpartijdigheid tegelijk voortdurend onder druk staat. De ethicus opereert in een sfeer waarin waarden zijn gesubjectiveerd tot belangen. Als gevolg daarvan heeft morele bezinning het karakter gekregen van het in balans brengen van deze belangen. De ethicus balanceert daarbij op de rand. Partijdigheid zou hem tot een politicus maken: de verschil-

lende belangen representeren immers een zekere mate van *macht* en wanneer de ethicus voorkeur toont voor een bepaald deelbelang, maakt hij zich vatbaar voor het soort beïnvloeding dat eigen is aan het politieke bedrijf.² Anderzijds vraagt gebrek aan partijdigheid zo'n distantie dat het contact met het object van morele reflectie gemakkelijk verloren raakt (vgl. hfdst. VI, § 4).

Emotivisme en proceduralisme hangen, als wijzen van omgaan met morele vragen, onderling samen. Dat wordt duidelijk als we letten op nog een verschijnsel dat typerend is voor onze tijd, namelijk het *morele pluralisme*. Onze samenleving heeft niet meer de beschikking over een samenhangend stelsel van inzichten en principes aan de hand waarvan morele kwesties kunnen worden beslecht. Veeleer is er sprake van een veelheid van divergerende opvattingen, c.q. een moreel en levensbeschouwelijk pluralisme.³ Het proces van secularisatie speelt hier uiteraard een belangrijke rol. Maar het is niet het enige. Zo heeft ook het (gedeeltelijk) wegvallen van het zogenaamde maatschappelijke middenveld een belangrijke rol gespeeld. Traditioneel waren de instellingen en organen die op dit niveau opereerden, dragers van tal van gevestigde normen en waarden; denk bijvoorbeeld aan de rol van beroepsverenigingen en (-bonden), niet-gesubsidieerde charitatieve instellingen, schoolverenigingen, en dergelijke.

Belangrijk in dit verband is vooral dat de morele kaders aan de hand waarvan mensen zich oriënteren, toenemend het karakter hebben gekregen van een *optie*, dat wil zeggen van iets waarvoor men kan kiezen maar evengoed ook niet kan kiezen. Moraal is een mogelijke levensstijl uit een heel repertoire van mogelijke levensstijlen. Deze levensstijlen hebben een *instrumentele* betekenis met het oog op het bereiken van bepaalde doelen in het individuele levensproject. Tevens zijn ze vanwege deze sterk individuele vormgeving en invulling sterk pluraal.

Charles Taylor, aan wie de gedachte van 'moral frameworks' als opties is ontleend, voegt hier nog iets aan toe. De instrumentalisering van de moraal is volgens hem de uitdrukking van een dieper liggend proces dat hierin bestaat dat onze cultuur bezig is het contact te verliezen met de spirituele bronnen die vanouds de verschillende moralen voeden.⁴ Dat proces zette in met de rationalistische verlichtingsfilosofie, te beginnen bij Descartes die de menselijke rede isoleerde van het lichaam en van de omringende wereld. Daardoor werd de wereld, in plaats van een natuurlijk thuis, een vervreemdende werkelijkheid, een *werkelijkheid die evenwel middels de wetenschap en techniek kon worden gereconstrueerd* en zo alsnog toegeëigend. Het voert te ver om alle lijnen die zich vervolgens ontspinnen na te

gaan.⁵ Van belang is hier vooral dat instrumentalisering van de relatie met de werkelijkheid uiteindelijk, na allerlei verwickelingen, ook de relatie van de mens tot zichzelf heeft veranderd, in die zin dat eigenlijkheid en authenticiteit niet meer vanzelfsprekend zijn, maar een schier eindeloze opgave voor de ontheemde individu.⁶ Morele waarden en idealen zijn niet meer als vanzelf gegeven met een bepaalde levenspraktijk, maar doelen die de morele actor afhankelijk van zijn voorkeuren kiest (emotivisme) en die hij vervolgens voor zich ziet als een toestand of manier van leven die het waard is nagejaagd te worden. Dit najagen van zelfgekozen doelen heeft, zoals gezegd, een sterk instrumenteel karakter. Morele reflectie betekent nu in de eerste plaats: reflectie op de aard en de juiste toepassing van de middelen (proceduralisme).

Het bovenstaande illustreert tevens de samenhang die er bestaat tussen het morele pluralisme en de scheiding tussen het publieke en het privé domein. Het gaat hier om een reciproof verband: het pluralisme werkt genoemde scheiding in de hand en is er tevens de uitdrukking van. Vanwege dit pluralisme is het streven naar een gemeenschappelijke publieke moraal (anders dan een minimalistische) utopisch geworden. In hun streven naar een moreel zinvolle en consistente vervulling van de taken die met het leven gegeven zijn, worden mensen teruggeworpen op zichzelf (individualisme).

We kunnen in de volgende paragrafen niet meer dan een indruk geven van wat er op het terrein van de ethiek zoal gaande is. Voor een uitvoeriger bespreking zij daarom verwezen naar de overvloedige inleidende literatuur ter zake.⁷ We sluiten aan bij gangbare indelingen in ethische stromingen en gaan achtereenvolgens in op de deugdenethiek, de deontologische ethiek en op consequentialistische benaderingen (utilisme of utilitarianisme). Ook besteden we aandacht aan de verantwoordelijkheidsethiek en de ethiek van het goddelijke gebod. Voor al deze benaderingen geldt dat ze op zich niet hoeven te leiden tot een verschillende uitkomst van het morele beraad. De verschillen zijn in de eerste plaats verschillen in aandachtsgebied. Daarachter liggen meer fundamentele verschillen in visie op wat een goed leven is. Dat is ook de reden dat we hier liever niet over ethische theorieën spreken. De verschillende stromingen beogen een samenhangende visie te geven met zowel een theoretische als een praktische kant. Ze geven uitdrukking aan wat mensen een goed leven noemen en aan de wijze waarop dit goede leven kan worden bereikt.

3. Deugdenethiek

De deugdenethiek zoekt het goede in een leven waarin bepaalde karaktereigenschappen en de daarbij passende leefwijzen worden gecultiveerd. Plato en andere Griekse denkers dachten daarbij met name aan deugden als wijsheid, moed, gematigdheid en rechtvaardigheid; deugden die bij uitstek culmineerden in het leven van de vrije en gegoede burger in de Griekse *polis* (stadstaat). Middeleeuwse denkers onderscheidden zeven kardinale deugden - naast het specifiek christelijke trias van geloof, hoop en liefde ook het algemeen menselijke kwartet van prudentie, standvastigheid, gematigdheid en rechtvaardigheid.

Aan de deugdenethiek is de naam verbonden van Aristoteles, van wie met name diens grootse tekening van het deugdzame leven in de *Ethica Nicomachea* bekendheid geniet. De aristotelische ethiek heeft grote invloed gehad op het christelijke denken, vooral in de Middeleeuwen. Ook in onze tijd zijn er, na een periode waarin de deugdenethiek een stille dood leek te zijn gestorven, weer een aantal, deels rooms-katholiek geïnspireerde denkers die willen teruggrijpen op de deugdenethiek. De bekendste van deze denkers is Alisdair MacIntyre. In het nu volgende hebben we niet zozeer een bepaalde denker als wel een traditie van denken op het oog.

Voor het doel dat wij ons hier stellen, is de deugdenethiek vooral om twee redenen van belang:

- (a) vanwege de gedachte dat het goede *innerlijk* verbonden is met een bepaalde levenspraktijk en dus niet primair gezocht moet worden in het nakomen van universele regels of verplichtingen, zoals in de deontologie, of in een berekening van de voor- en nadelen van verschillende gedragsalternatieven, zoals in het utilisme;
- (b) vanwege de notie van *praktische wijsheid* ('phronèsis'; prudentia; 'practical wisdom').

Bij beide punten staan we achtereenvolgens stil.

Centraal in het aristotelische denken, de *Ethica Nicomachea* begint er mee, staat de gedachte dat het goede bestaat uit de vervolmaking van bepaalde praktijken en uiteindelijk de praktijk van het mensenleven als geheel. Alle menselijk handelen is erop gericht een bepaald goed te verwezenlijken, aldus Aristoteles. Het doel van de geneeskunst is gezondheid, het doel van de scheepsbouw het vaartuig, krijgsmans-kunst richt zich op de overwinning en economie op welvaart. Nu zijn er vele doelen en vele manieren om die te bereiken. Ruwweg kan een onderscheid worden gemaakt tussen doelen waarvan de goedheid uitsteekt boven de middelen die worden gebruikt om het doel te berei-

ken en doelen waarvan de goedheid overeenkomt of samenvalt met de handelingen die tot het doel leiden.⁸ Klassieke voorbeelden van dit laatste zijn het fluit- en lierspelen en in het algemeen alle 'kunsten' waarvoor een bepaalde vaardigheid vereist is. Fluitspelen is met andere woorden een activiteit die *intrinsiek* verbonden is met goed fluitspelen. Fluitspelen is innerlijk gericht op haar vervolmaking - want pas dan wordt er muziek gemaakt.⁹

Kernpunt in de aristotelische ethiek is nu dat deze het goede opvat naar het model van deze kunsten: het goede bestaat uit de vervolmaking van de deugden die intrinsiek verbonden zijn met de praktijken waaruit het menselijk leven is opgebouwd. Deze vervolmaking sluit aan bij de innerlijke gerichtheid van het handelen op het doel of de bestemming (de *telos*) van de praktijken waarin mensen leven. Uiteindelijk gaat het daarbij om de vervolmaking van de menselijke natuur. De aristotelische ethiek is daarom ook een *teleologische* ethiek. Deze teleologie, of doelgerichtheid, is wel toekomstgericht, in die zin dat ze een proces is dat tijd in beslag neemt om haar doel te bereiken. Maar anders dan in het utilisme is het doel hier niet uitwendig ten opzichte van de praktijken en al evenmin het product van een arbitraire keus. Het goede is van zo'n aard dat het geen bestaan heeft los van concrete levenspraktijken; en de levenspraktijken zijn van zo'n aard dat ze zonder innerlijke verbinding met het goede ophouden de praktijk te zijn die ze zijn. Kortom, zo vat MacIntyre dit bondig samen: those goods are internal to that practice.¹⁰

Het baanbrekende van deze gedachte is dat het goede hier sterk bij het concrete leven aansluit en niet, zoals bij Plato, wordt gezocht in een boven de werkelijkheid verheven (transcendent) idee of in het volgen van bepaalde morele regels of principes om wille van die regels en principes (zoals in de deontologische ethiek van Kant). Het is opvallend hoe weinig Aristoteles dergelijke regels ter sprake brengt. Dit ontbreken van 'moralisme' kan worden uitgelegd als een teken van de vanzelfsprekendheid waarmee Aristoteles uitging van de juistheid van zijn ideeën over de verschillende levenspraktijken, met name die welke te maken hebben met de ordening van de samenleving en de plaats van de mens daarin. Deze ideeën hebben voor de moderne lezer ongetwijfeld elitaire trekken, maar waren in de tijd waarover we spreken, vierde eeuw voor Christus, bepaald niet ongewoon. Zo beschouwt Aristoteles het als vanzelfsprekend dat gewone mensen genoeg hebben aan een leven dat in het teken staat van de onmiddellijke behoeftebevrediging. Van veel hoger orde is het sociale en politieke bestaan van de burger van de *polis*. Het leven van deze burger is gericht op het verwerven van eer, hetgeen zich uitdrukt in

de autarkie van dit bestaan. Van een nog hoger orde, maar voor slechts zeer weinigen weggelegd, is het louter contemplatieve bestaan van de filosoof.¹¹

De achtergrond van deze hiërarchie kan als volgt worden begrepen. Stel dat we alle goede en nastrevenswaardige dingen met elkaar zouden vergelijken en ons zouden afvragen wat het hoogste goed is, is er dan een bepaalde zaak die als zodanig valt aan te merken? Het antwoord, aldus Aristoteles, kan niet anders zijn dan dat alleen die zaak het hoogste goed is die, om dat te zijn, niet nog iets anders, een ander of hoger goed, nodig heeft. Het hoogste goed kan niet afhankelijk zijn van iets anders. Evenmin kan het worden omvat door nog een hoger goed. Zo is gezondheid een goed, maar niet het hoogste goed. Want het goede van gezondheid kan ongedaan worden gemaakt door allerlei ondeugden. Bovendien is gezondheid slechts een middel om andere, hogere goederen te bereiken. Kortom, het hoogste goed is van zo'n aard dat het *in zichzelf* goed is en *aan zichzelf genoeg* heeft.¹² Aristoteles is ervan overtuigd dat er slechts één zo'n goed is, namelijk *geluk*.¹³

Kijken we nu naar de mens, dan zien we dat deze over allerlei vermogens beschikt, de één edeler dan de ander. Geluk, aldus Aristoteles, bestaat uit de vervolmaking van die vermogens. Deze vermogens krijgen daardoor het karakter van deugden. Welnu, wat ligt er, als we het daarover eens zijn, meer voor de hand dan te stellen dat het hoogste goed gelegen is in de vervolmaking van het hoogste en meest edele vermogen van de mens? En, zo vraagt Aristoteles retorisch, kan er in dit opzicht een vermogen zijn dat nog hoger is dan de menselijke rede? Voorondersteld in deze ethiek is dus niet alleen een visie op de inrichting van de samenleving, maar ook heel de aristotelische leer over de mens, met name wat betreft de vermogens van de ziel.

De aristotelische ethiek is vooral een voorbereiding op een filosofie van het sociale en politieke leven. Ze is gericht op de vervolmaking van de mens als *zoön politikon* (sociaal en politiek wezen), de mens die in zijn politieke bestuur de garanties schept voor de ontplooiing van deugden die voor de samenleving als geheel van waarde zijn. Deugden zijn dus meer dan individuele karaktertrekken, ze vinden hun neerslag in een sociale praxis.

Daarmee komen we op het tweede punt, de centrale plaats van *praktische wijsheid* in de uitoefening van de deugden. Aristoteles definieert de morele vervolmaking als een toestand die te maken heeft met het maken van keuzen die ten opzichte van ons zelf in een midden liggen, waarbij dit alles bepaald wordt door de rede en op een manier

geschiedt zoals het een man van praktische wijsheid betaamt.¹⁴ Anders dan soms wordt gedacht, gaat het hier niet om een ethiek van de gulden middenweg. Wat Aristoteles bedoelt kan worden duidelijk gemaakt aan de hand van het voorbeeld van de moedige mens. In het algemeen begrijpen we wat we met moed bedoelen. In de concrete situatie is het evenwel veel moeilijker te zeggen wat moed is en wat overmoed of lafheid. De moedige mens denkt hier ook niet over na, hij of zij handelt op basis van een getraind besef van eigen mogelijkheden en een scherp inzicht in de mogelijkheden van de situatie. Welnu, dit vermogen om in de concrete situatie het eigen gedrag zo te doseren dat er noch sprake is van een teveel (overmoed) noch van een tekort (lafheid) noemt Aristoteles praktische wijsheid (of *phronèsis*, prudentie). Het juiste midden, waar de praktische wijsheid op doelt, is dus niet het resultaat van logische redenering, maar wordt bepaald door een typerend soort (praktisch) inzicht in de eigen mogelijkheden en de noden van de situatie. Het gaat hier niet om een logische deductie van het bijzondere uit het algemene, maar om een strategisch inzicht dat aan het unieke van de situatie recht weet te doen.¹⁵ Dit strategisch inzicht is niet een vanzelfsprekende zaak. Het vergt intensieve training en opvoeding, niet alleen van de verstandelijke vermogens, maar vooral ook van het gevoelsleven. Gevoelens en strevingen dienen op het goede te worden gericht. Opvoeding en training leiden zo tot het ontstaan van karaktereigenschappen die garant staan voor een deugdzzaam leven.

Vaak stuiten we in de ethiek op het feit dat we in het algemeen wel weten wat het goede is, maar dat we niet precies weten hoe we die algemene regel in een bepaalde situatie moeten toepassen. In de ethische bezinning gaan de wegen hier dan ook uiteen: de een legt nadruk op het universele karakter van regels en morele principes, de ander komt uit bij een situatie-ethiek die het 'Gebot der Stunde' wil afleiden uit de specifieke kenmerken van de situatie. De aristotelische *phronèsis* zou, enigszins anachronistisch, kunnen worden gezien als een weg die boven de tekorten van universalisme en situatie-ethiek uit wil komen.

De notie *phronèsis* heeft recent in de filosofische discussie opnieuw sterk de aandacht getrokken, met name in de hermeneutiek (leer van het uitleggen van teksten) waar zich immers ook het probleem voor-doet hoe algemene regels voor het interpreteren van teksten moeten worden toegepast in het concrete geval.¹⁶ Van hieruit zijn ook parallellen getrokken met de rechtspraak en met de geneeskunde. Zo zou ook het diagnostisch proces, waar we in het vorige hoofdstuk bij stil stonden, kunnen worden gezien als (mede) bepaald door het

soort inzicht dat de aristotelische *phronèsis* op het oog heeft.

Deze parallelie is ook voor het vervolg van ons betoog belangrijk. Want wat hier als een parallelie verschijnt, is in wezen kenmerkend voor het geneeskundig handelen als geheel, wanneer we dit handelen in een bredere dan cognitieve zin opvatten. Diagnostische activiteit is immers geen doel in zich. Ze is gericht op het vinden van een antwoord op de specifieke noden van de situatie. Ze is dus gericht op het handelen. En ze gaat uit van een getraind inzicht in wat medische kennis en kunde in diverse situaties tot stand vermag te brengen. Dat de toepassing van algemene kennis op het concrete geval, zowel in de diagnostiek als in de moraal, niet een vanzelfsprekend proces is - getuige de problemen van het subsumptiemodel en van het ethisch universalisme - zou er dan op wijzen dat beide, als onverbrekelijke onderdelen van het geneeskundig handelen op een andere wijze gedacht moeten worden, bijvoorbeeld naar het model van de praktische wijsheid zoals dat bij Aristoteles te vinden is.

Zoals gezegd is de deugdenethiek lange tijd nagenoeg uit beeld geweest. Dat hangt uiteraard samen met de enorme verschillen in de wijze waarop toen en nu gedacht werd over de inrichting van de samenleving en de plaats van de mens daarin. MacIntyre is van mening dat het verschil tussen de Oudheid en onze tijd vooral gezien moet worden als het resultaat van het wegvallen van de innerlijke teleologie (bestemming) van de praktijken waaruit het menselijk samenleven is opgebouwd. Die innerlijke gerichtheid op het vervullen van praktijken waartoe de mens krachtens zijn natuur is bestemd, vormde in de Oudheid het cement dat het feitelijke samenleven samenvoegde met allerlei normatieve noties over hoe de samenleving ingericht dient te worden. Onze moreel pluralistische samenleving kent een dergelijke teleologie niet meer. Zij heeft niet meer het idee dat de moraal zou kunnen bijdragen tot de vervolmaking van de menselijke natuur, althans niet de menselijke natuur zoals die gegeven is. Ze kan het feitelijke en het normatieve niet meer in één samenhangend verband plaatsen, aldus MacIntyre. Ze is derhalve geneigd om tussen feiten en normen een tegenstelling te construeren (dualisme tussen *is* en *ought*) of om normen af te leiden uit de feiten (zoals in de naturalistische ethiek).

Ondanks dit ontbreken van een samenbindende visie op de bestemming van het menselijk samenleven is er de laatste jaren op het terrein van de medische ethiek sprake van een herleving van de deugdenethiek.¹⁷ De belangrijkste reden hiervoor lijkt te zijn de toenemende erkenning dat een louter op rechten en plichten gebaseerde geneeskunde innerlijk verarmt en uiteindelijk een kille bedoening

wordt. Betrouwbaarheid, toewijding, respect, sensitiviteit en een houding van hoop en vertrouwen zijn stuk voor stuk deugden zonder welke de geneeskunde geen geneeskunde zou zijn. In de ethiek van rechten en plichten - waarover hieronder meer - is voor deze deugden echter nauwelijks plaats. Voorstanders van de rechten-en-plichten-ethiek zullen genoemde deugden misschien op zich nog respectabel vinden, als subjectieve motivering, maar zullen toch geneigd zijn deze motivering als bijkomstig op te vatten. Aanhangers van een 'virtue-based ethics' stellen daartegenover dat deugden niet bijkomstig zijn, maar een noodzakelijk vertrekpunt voor het medisch handelen. Zonder deugden raken rechten en plichten uitgehold. Geneeskundig handelen bestaat dan uit een uiterlijke plichtsbetrachting, die gemakkelijk onttaardt in cynisme. Voorstanders van een medische ethiek die gebaseerd is op deugden, ontkennen dus dat het *inzicht* dat iets een plicht is, voldoende is om iemand ook het *motief* te geven voor 'de betreffende handeling. Zij menen dat hier meer voor nodig is, namelijk een reeks van deugden die als disposities het handelen van binnenuit motiveren. Pellegrino & Thomasma (zie noot 17) gaat het daarbij om een morele houding die hoogstaander is dan de heersende moraal. Deze laatste tendeert huns inziens naar egoïsme en individualisme. De deugdenethiek moet in hun ogen juist altruïstisch zijn.¹⁸ De medische professie dient haar eigen moraal hoog te houden.

4. Deontologische ethiek

De term deontologie is afgeleid van 'dèon', hetgeen betekent: dat wat behoort. Zoals de deugdenethiek niet denkbaar is zonder Aristoteles, zo is de deontologische ethiek niet denkbaar zonder het werk van Immanuel Kant (1724-1804).¹⁹ We beginnen met een korte karakteristiek waarbij de verschillen tussen Aristoteles en Kant centraal staan.²⁰

Anders dan Aristoteles baseert Kant zijn ethiek niet op dat waarnaar mensen van nature streven, namelijk geluk. Want in het streven naar geluk maakt de mens zichzelf volgens Kant afhankelijk. Dit streven is immers gebaseerd op een gemis of een behoefte; en door het focus op behoeften te richten wordt het morele leven afhankelijk gemaakt van iets dat de mens niet in beheer heeft. Eudaemonisme, utilitarisme en teleologie maken de mens afhankelijk van een vreemde wet, aldus Kant.²¹ Ze zijn voorbeelden van *heteronomie*. Het zedelijke leven van de mens dient daarentegen gebaseerd te zijn op *autonomie*, dat wil zeggen op het vermogen tot redelijke (en zedelijke) zelfbepaling.

Kant richt zich hier niet in de eerste plaats tegen Aristoteles, maar tegen Hume, zijn grote tegenspeler. Deze had de rede de slaaf van de passies genoemd. Kant erkent wel dat mensen geneigd zijn hun vrijheid in te leveren om hun passies en behoeften te kunnen bevredigen. Maar hij weigert om daarin iets van waarde te zien als het gaat om de bepaling van dat wat het hoogste in de mens is.

Anders dan Aristoteles legt Kant niet zozeer de nadruk op het doel, als wel op de *plicht* of de *wet*. Als geluk niet het hoogste doel in het leven van de mens is, dan impliceert dit dat er situaties zijn waarin we moreel gehouden zijn dingen te doen waar we niet gelukkiger van worden. *Het morele leven hoort daarom thuis in de sfeer van het behoren*. Plicht komt bij Kant te staan tegenover neiging.

Het bovenstaande kan niet los worden gezien van een tendens tot *verinnerlijking* van de moraal en tot een *scheiding tussen recht en ethiek*. Het beantwoorden aan de wetten van een bepaalde samenleving is een uiterlijke en publieke zaak, aldus Kant, het gehoor geven aan de morele of zedenwet geschiedt daarentegen innerlijk.²² Bij Aristoteles stond de deugd van de rechtvaardigheid, en daarmee de publieke zaak, in het centrum van de ethiek. Bij Kant beginnen recht en ethiek, en in het kielzog daarvan het publieke en het private domein, uiteen te wijken.

Hoe verloopt nu het betoog van Kant? We kunnen hem hier slechts een klein gedeelte volgen, voldoende evenwel om een indruk te krijgen van zijn achterliggende visie op de mens en diens bestemming, en de betekenis daarvan voor de ethiek.²³

Het gaat volgens Kant in de zedelijkheid om het *onvoorwaardelijk* goede. De term onvoorwaardelijk heeft hier een pregnante betekenis. Ze kan niet los worden gezien van Kants kennisleer. In deze kennisleer heeft het onvoorwaardelijke betrekking op dat wat *apriori*, dat wil zeggen voorafgaande aan de ervaring, gelding heeft. Ervaringskennis heeft geen apriorische gelding. Want ze is afhankelijk van tijden en wisselende omstandigheden. De gelding van deze kennis kan alleen achteraf, a posteriori, worden vastgesteld (en dan nog gebrekkig). Dit onderscheid tussen het apriori en het a posteriori vaststelbare past Kant ook toe op de ethiek. Ook in de bepaling van het goede dient onze kennis zich te richten op dat wat apriori gelding heeft. Kennis die betrekking heeft op onze hoogste plichten, kan en mag niet gebaseerd zijn op de gevoelens en strevingen waarvan het menselijk bestaan zo rijkelijk doortrokken is; want dan zou de moraal afhankelijk worden van de menselijke ervaring. Vraag is dus of het mogelijk is op apriorische wijze iets te zeggen over het goede waartoe de mens verplicht is. Volgens Kant is dit inderdaad mogelijk. We staan stil bij

drie stappen in het betoog dat hij daartoe ontvouwt.

Ten eerste. Het enige vermogen van de mens dat in aanmerking komt voor het predikaat onvoorwaardelijk goed is, volgens Kant, de (goede) *wil*. Deze wil is niet goed door wat hij verlangt, veroorzaakt of uitvoert, maar is als zodanig, dat wil zeggen als willen, goed. Het goede ligt dus niet in het doel dat de wil zich stelt; de wil is goed *door de wil zelf*, ongeacht de vraag of dat wat de wil zich ten doel stelt ook bereikt wordt. Anders gezegd, niet om de inhoud van de wil is de wil goed, maar om de *vorm*, om het *principe* of de *regel* waaraan zij gehoorzaamt.

Ten tweede. Het handelen volgens een bepaald principe of een bepaalde regel noemt Kant *plicht*. Het goede willen is een willen uit plicht. Maar kan dit principe of deze regel nu ook meer inhoudelijk geformuleerd worden? De plicht is zoals gezegd niet afhankelijk van wat de ervaring of het begeren ons aanreikt als wenselijk. Want dat zou tot beperkingen van buitenaf kunnen leiden en de onvoorwaardelijkheid van de verplichting schaden. Kant bedoelt met de term plicht niet hetzelfde als hetgeen wij onder verplichting plegen te verstaan, namelijk iets dat moet (ook als men het liever niet doet) en iets dat de mens van buitenaf beperkt. Zedelijkheid en plicht komen niet van buiten, maar van binnen; ze zijn verbonden met de *innertlijke waarde* van de mens, met diens vrijheid en autonomie. De plicht is een *zelf opgelegde* plicht en wel een plicht die de zedelijke waarde van het mens zijn maximaliseert. De mens kan niet anders dan zichzelf die plicht opleggen, omdat alleen zo recht wordt gedaan aan zijn mens-zijn.

Ten derde. Handelen uit plicht is handelen *uit eerbied* (*Achtung*) *voor de wet*. Hier komt (alsnog) de gevoelskant om de hoek kijken. Kant erkent dat het handelen uit plicht bepaald niet altijd tot geluk leidt. Men kan met weerszin of zelfs afschuw zijn plicht doen. Plicht staat dan ook tegenover neiging. Zedelijk handelen kan een handelen tegen je eigen gevoelens in zijn. Toch ligt in de plicht de vervulling van het mens zijn. Want het handelen uit begeerte is subjectief en situatief. Handelen volgens het principe van de plicht is daarentegen objectief, algemeen geldig. Het laat zich leiden door de zedenwet en wel uit eerbied voor die wet. Eerbied is volgens Kant het enige gevoel dat niet wordt opgeroepen door iets van buitenaf (en dus door iets dat de autonomie zou kunnen bedreigen). Eerbied is de weerklank in het gevoelsleven wanneer mensen beslissen de zedenwet te volgen. Zij is de onderwerping aan het hoogste en beste in de mens. Zo kan zij ook het tegenstribbelende gevoel verheffen en corrigeren, namelijk in de concentratie op de wet.

Bovenstaande inzichten verduidelijken hoe Kant kon komen tot de formulering van zijn beroemde zogenaamde *categorische imperatief*. De hoogste zedenwet kan niet gebonden zijn aan voorwaarden. Ze is onvoorwaardelijk, dat wil zeggen categorisch. Tegelijk heeft ze het karakter van een plicht. Moreel handelen is dus niets anders dan handelen uit onvoorwaardelijke verplichting, ze heeft het karakter van een categorische imperatief. Al het andere handelen is handelen uit verstandigheid (*Klugheit*).²⁴ Kant definieert de categorische imperatief als volgt: "Handel alleen volgens die maxime, waarvan je tegelijkertijd kunt willen dat ze een algemene wet wordt".²⁵ Onder maxime wordt hier verstaan het beginsel of het zedelijke oriëntatiepunt waarnaar mensen zich in allerlei concrete situaties richten. Van dit maxime geldt nu dat ze van zo'n aard moet zijn dat als ik als individu mij erop richt, ze *tegelijk* een algemene wet zou moeten kunnen zijn.

Deze definitie verduidelijkt zowel het probleem als de oplossing. Kant staat voor de vraag hoe vanuit het subjectieve willen van mensen het onvoorwaardelijk goede van de algemene zedenwet kan worden bereikt. Zijn oplossing luidt dat de stap van het subjectieve naar het objectieve, respectievelijk van het individuele naar het universele, hierin bestaat dat mensen zich onderwerpen aan de categorische imperatief. Praktisch gezien betekent dit van iedere wens of streving geldt dat deze alleen dan reden tot handelen kan zijn wanneer men tegelijkertijd, en zonder tegenspraak, kan willen dat alle mensen door deze reden gedreven worden. Men spreekt in dit verband wel van de these van de *universaliseerbaarheid* (of de eis van consistentie). Wat men zich voornemt, is toegestaan als het uitdrukking is van een wil die tegelijkertijd de wil van alle mensen zou kunnen zijn.

Zoals we zagen draait het in Kants beschouwingen niet om subjectieve strevingen en voorkeuren. De zedelijke waarde van het persoon zijn vindt haar hoogste uitdrukking in de menselijke vrijheid, dat wil zeggen in het vermogen tot redelijke zelfbepaling. Dit vermogen tot redelijke zelfbepaling overschrijdt uiteindelijk alle subjectieve belangen. Want belangen hebben altijd te maken met externe doelen. Ze maken de mens afhankelijk. De rede die ten grondslag ligt aan de menselijke vrijheid is daarentegen haar eigen doel. Ze is om zo te zeggen haar eigen beweegreden geworden. Duidelijk wordt zo hoezeer de kantiaanse ethiek uitdrukking is van een nog ongebroken geloof in de bevrijdende werking van de menselijk ratio. Ze is hooggestemd en tegelijk theoretisch sterk verrijnd.

Is Kants ethiek overtuigend als leidraad voor het praktische handelen? Dat is de vraag. Een veel genoemd bezwaar is dat de kantiaanse ethiek geen oplossing biedt voor situaties waarin twee universaliseer-

bare plichten onderling strijdig zijn, bijvoorbeeld een belofte nakomen en weldoen aan de ander. Een arts kan beloven om vijf uur thuis te zijn om de verjaardag van zijn dochter te vieren, maar om half vijf dient zich een spoedgeval aan dat hem dwingt om langer te blijven. Hiermee verwant is het probleem van het formuleren van legitieme uitzonderingen. Liegen mag niet, maar er zijn situaties waarin het moreel hoogstaander is om te liegen dan de waarheid te spreken, bijvoorbeeld wanneer de bezetter mij wil dwingen een ander te verraden. Kant zegt weinig over de vraag hoe plichten geformuleerd moeten worden die uitzonderingen toelaten. MacIntyre is hier zeer kritisch. Mensen met een zekere intelligentie zullen volgens hem altijd in staat zijn zo'n formulering van de zedenwet te vinden dat deze in hun voordeel uitpakt. De uitzondering die men voor zichzelf claimt, wordt dan weergegeven in de vorm van een aantal randvoorwaarden die, wanneer ze geuniversaliseerd worden, de betrokkene niet in verlegenheid zullen brengen. De universaliseerbaarheidsthese is met andere woorden vatbaar voor manipulatie in de richting van het eigenbelang.²⁶

Deontologische benaderingen in een strikt kantiaanse zin komen we in de huidige medisch-ethische discussie nauwelijks tegen.²⁷ Dat neemt niet weg dat het kantiaanse denken talrijke sporen heeft nagelaten. Het verheven mensbeeld en het ideaal van een volstrekte rationaliteit zijn in onze eeuw inderdaad sterk aan erosie onderhevig geweest. Op de restanten van het kantiaanse denken zijn evenwel nieuwe bouwwerken opgetrokken die zich op een andere manier tegen deze erosie trachten te wapenen. We denken hier met name aan vormen van ethiek die hun uitgangspunt zoeken in *rechten*, in plaats van in plichten. Zo is het *principe van autonomie*, c.q. het *recht op zelfbeschikking*, niet denkbaar zonder op de achtergrond de figuur van Kant te ontwaren. We zouden het zo kunnen zeggen dat met het tanen van de hoogstaande plichtsmoraal de behoefte aan een bodem- of minimummoraal toenam en dat deze minimummoraal werd vastgelegd in een systeem van rechten en juridische regels. Ook de taal van de plichten ontbreekt vandaag niet. Deze plichten kan men bijvoorbeeld vinden in allerlei professionele codes en richtlijnen.

Interessant in dit verband is vooral de vraag of er ook een samenhang bestaat tussen rechten en plichten.²⁸ Dit verband lijkt op het eerste gezicht evident. Immers, als ik mij verplicht om iets te doen ten opzichte van een ander, dan kan de ander mij daaraan houden. Rechten zijn notarieel, institutioneel of van overheidswege vastgelegde afspraken waaraan mensen elkaar houden, op straffe van bepaalde sancties. Een samenleving waarin het niet vanzelfsprekend is dat mensen hun hoogste zedelijke verplichtingen nakomen - en voor welke

samenleving geldt dit niet? - kan terugvallen op het in wet- en regelgeving vastgelegde recht, om het kwaad te binden en om een basisniveau van zedelijke omgang te garanderen. Deze formulering suggereert dat het domein van de plichten ruimer is dan dat van de rechten en dat het verband tussen rechten en plichten niet volstrekt correlatief is. Soms wordt dit zo onder woorden gebracht dat, naast de plichten die correlatief zijn aan rechten, er ook plichten zijn die dat niet zijn omdat ik ze aan mijzelf opleg. Deze plichten zijn, zo wordt dan gesteld, niet verankerd in de rechten die voor de samenleving als geheel gelden, maar in normatieve idealen die mensen er privé op na houden.²⁹ Zo kan ik (privé) menen een plicht tot naastenliefde te hebben, maar anderen kunnen hier nooit een recht tot naastenliefde mijnerzijds aan ontnemen. Anderzijds laten de rechten die een bepaalde samenleving in algemene zin formuleert, vaak ruimte voor interpretatie. Deze ruimte is ook nodig, omdat al te strikte regulering het basisrecht van de zelfbeschikking zou kunnen verstikken. Hoe fijnmaziger het systeem van rechtsregels, hoe meer de vrijheid tot zelfbepaling wordt beknod. Ook hier spoort plicht dus niet naadloos met recht: het systeem van rechtsregels laat een zekere vrijheid aan de zelfbeschikking, c.q. aan zelfopgelegde plichten die de rechtsregels in een bepaalde richting interpreteren of zelfs tijdelijk opheffen (zoals, volgens sommigen, het recht op bescherming van het leven in het geval van euthanasie). Het opvallende in de actuele discussie is dat er een tendens valt te bespeuren om deze zelf-opgelegde plichten buiten het domein van de moraal en daarmee buiten het eigenlijke domein van de ethiek te plaatsen - en wel omdat moraal geen privé-zaak is maar primair van doen heeft met de zedelijke overtuiging van grotere groepen mensen.³⁰ Die tendens bevestigt dan op ironische wijze een ontwikkeling die bij Kant inzette en die we hebben aangeduid als een scheiding tussen het publieke en het privé-domein - ironisch omdat bij Kant de moraal juist *niet* met de sfeer van het publieke recht te maken had, maar met de innerlijke zedelijke verheffing van de individu.

5. Utilisme

Het utilisme (of utilitarianisme) behoort tot een verzameling van theorieën die wel worden samengevat met de term *doelethiek*. Onder doelethiek worden die vormen van ethiek verstaan die het te verwezenlijken goede situeren in het bereiken van een bepaald doel. Meestal wordt dit doel omschreven als geluk (individueel) of als het grootste geluk voor het grootste aantal mensen (collectief). Het utilis-

me behoort tot de momenteel meest invloedrijke ethische theorieën. In verband met de hier te bespreken theorieën valt ook wel de term *consequentialisme*. Deze term duidt op een belangrijk aspect van het utilisme, namelijk dat in de bepaling van het moreel goede vrijwel uitsluitend op de consequenties van het menselijk handelen wordt gelet.

Ook de aristotelische ethiek is in zekere zin een doelethiek, in die zin dat ze de vervolmaking van een bepaalde praktijk tot doel verheft. Toch zijn er belangrijke verschillen tussen Aristoteles en de utilisten. Want anders dan bij Aristoteles gaat het in het utilisme niet om het gelukt-zijn, de vervolmaking van een bepaalde praxis, maar om het *gelukkig zijn* als gevoel. Bovendien wordt het bereiken van het doel in het utilisme als een *instrumentele* bezigheid gezien en niet, zoals bij Aristoteles, als een toenemend beantwoorden aan de bestemming van een bepaalde praktijk. Anders gezegd, bij Aristoteles omvat de telos van een praktijk de middelen die worden gebruikt om de telos te bereiken. Klassieke utilisten gaan daarentegen uit van een scheiding tussen middelen en doelen. Een dergelijke scheiding leidt, in de meest extreme variant, tot de stelling dat het doel de middelen heiligt.

Voor een goed begrip van het utilisme is het van belang in te zien dat deze geworteld is in het (Britse) empirisme. Wat wil dit zeggen? Eerst en voor alles dat ook de ethiek moet aansluiten bij dat wat empirisch vaststelbaar is. Britse empiristen zoals Hobbes, Locke en Hume nemen afscheid van het metafysisch statuut van de mens. Er is in de mens niet iets hogers, een onaantastbare substantie of kwaliteit, waarmee hij door ascese, contemplatie of strenge redenering in contact kan treden. De mens is niets anders dan wat aan hem of haar empirisch te constateren valt. Voor de moraal zijn in dit verband vooral de passies van belang. We noemden zojuist al David Hume, die de rede de slaaf van de passies had genoemd. Het goede wordt bij Hume dat waar de passies op uit zijn, bijvoorbeeld voldoening of geluk. Morele onderscheidingen hangen af van gevoelens van geluk en pijn. Deugden en ondeugden zijn mentale eigenschappen die het vermogen hebben om genoemde gevoelens in ons te wekken. Bij deugd denkt Hume dan vooral aan gevoelens als liefde en trots, bij ondeugd aan gevoelens van vernedering en haat.³¹ Deze gevoelens verklaren menselijk gedrag. De rede speelt in die verklaring een betrekkelijk ondergeschikte rol. Ze kan de mens pas tot actie brengen door inschakeling van de passies.³²

In eerste instantie lijkt het hier niet om een *rechtvaardiging*, maar om een *verklaring* van menselijk gedrag te gaan. Zeker bij Hume, de man van het 'is'-ought' onderscheid, ligt die gedachte voor de hand.

Dat mensen het goede in de vorm van genot nastreven, is bij hem vooral een empirische kwestie, een kwestie van 'is' en niet van 'ought'. Toch is men in de loop der tijd deze leer aangaande de menselijke natuur ook als ethiek gaan zien. De uiteindelijke en belangrijkste reden hiervan is dat ook de utilist het niet kan laten bij de vraag hoe ik mijn eigen bevrediging het best kan regelen. Vroeg of laat dient de vraag zich aan hoe individuen zich tot elkaar moeten verhouden wanneer ze stuk voor stuk hun eigen genoegens najagen. Kan in de strijd van belangen die dan ontstaat, een balans worden gevonden waarbij het genot van de een niet ten koste gaat van dat van de ander? Kortom, ook de utilist zal de stap van het individu naar de gemeenschap moeten nemen. En door die stap te nemen rijst onvermijdelijk de vraag naar de *rechtvaardige* verdeling van goederen en geluk. De utilist zal ook deze vraag op empirische wijze trachten te beantwoorden. Maar het is dubieus of dit kan. Zal bij het vaststellen van de verdelingsregels niet toch, impliciet of expliciet, een beroep worden gedaan op normen en idealen die zelf niet meer van empirische aard zijn?

Klassieke utilisten zoals Jeremy Bentham (1748-1832) en John Stuart Mill (1806-1873) menen van niet en pogen het verdelingsprobleem langs empirische weg op te lossen. Bij hen vinden we de formuleringen waardoor het utilisme bekendheid kreeg, bijvoorbeeld dat de moraal wordt bepaald door de intentie zoveel mogelijk mensen zoveel mogelijk geluk te bezorgen (*the greatest happiness for the greatest number*). Met name Bentham spant zich in om lust en genot weer te geven in termen van kwantitatief meetbare resultaten en zo geschikt te maken voor wiskundige bewerking. Hij spreekt in dit verband over een 'hedonistische calculus' (berekening van genot). Dat het hem niet alleen om de theorie ging, spreekt uit het feit dat hij, overigens net als Mill en andere utilisten, zich inzette voor allerlei sociale hervormingen, bijvoorbeeld de hervorming van het gevangeniswezen. Een van de sterke punten van het utilisme is vanouds deze sociale inslag geweest.

Tot de meest spraakmakende vertegenwoordigers van een empirische benadering behoort in onze tijd ongetwijfeld John Rawls.³³ Kernpunt in zijn betoog is dat egoïstisch eigenbelang geen rationele keuze is. Om dat aan te tonen gaat hij na aan welke voorwaarden en regels een aantal theorieën over rechtvaardigheid en rechtvaardige verdeling voldoen. Vervolgens laat hij zien dat deze voorwaarden en regels niet verenigbaar zijn met egoïsme, hetzij individueel hetzij collectief. Individueel egoïsme is niet verenigbaar met de gedachte dat waar mensen samenleven er afspraken gemaakt moeten worden en

dat die afspraken ook nagekomen dienen te worden. Het is met andere woorden rationeler om met je buurman afspraken te maken en die na te komen dan om voor jezelf een volstrekte uitzonderingspositie te claimen. Collectief egoïsme is eveneens irrationeel, omdat bepaalde wensen en eisen nu eenmaal urgenter zijn dan andere. Gegeven dit verschil in urgentie is het rationeel dat er een volgorde wordt bepaald waarin wensen ingewilligd worden. In een universeel egoïstische samenleving is het vaststellen van deze volgorde van inwilliging echter onmogelijk, omdat elk van de belanghebbenden geneigd zal zijn eigen belangen voorop te stellen.

Rawls' eigen opvatting inzake het verdelingsvraagstuk komt hierop neer dat hij het *morele* probleem hoe mensen bereid zijn elkaar als vrije en gelijkberechtigde mensen te erkennen, herleidt tot een *cognitief* probleem. Dat doet hij door het principe van de 'faire' (=procedureel rechtvaardige) verdeling van goederen te verbinden met het idee van de 'veil of ignorance' (sluier van onwetendheid). Met dit laatste bedoelt Rawls dat het feitelijk niet mogelijk is om vast te stellen wat de uitgangspositie is van alle verschillende belanghebbenden bij een bepaald, te verdelen goed. Bij uitgangspositie kunnen we denken aan uiterst praktische zaken als opleidingsniveau, beschikbare financiële middelen, sociale klasse, gezondheid en wilskracht. Vanwege dit informatietekort (*veil of ignorance*) zullen bestuurders hun toevlucht wel moeten nemen tot een algemene regel of procedure die uitgaat van wat Rawls een *imaginaire beginsituatie* noemt. Deze imaginaire beginsituatie betreft de uitgangspositie van een denkbeeldige gemiddelde belanghebbende.³⁴ De procedure bepaalt welke verdelingsnorm als rechtvaardig zal gelden. Dat een dergelijke wijze van vaststellen van de verdelingsnormen werkt, komt omdat mensen in het algemeen geneigd zijn om op safe te spelen. Zij neigen er met andere woorden sterker toe om de kans op een eventueel nadeel te minimaliseren, dan om de kans op een mogelijk voordeel te maximaliseren. Nog weer anders: mensen realiseren zich dat ze de kans lopen ooit zelf aan de onderkant van de samenleving terecht te komen. Daarom zullen ze het contract dat de schaarse goederen verdeelt, laten bepalen door regels die (relatief) in het voordeel zijn van de 'loosers' en (relatief) in het nadeel van de 'winners'. Gegeven deze empirisch constateerbare neiging om risico's te verkleinen, is het volgens Rawls begrijpelijk (en rationeel) dat het maatschappelijk contract zo uitpakt dat mensen aan de onderkant van de samenleving het beste af zijn.³⁵

Rawls rationalisme is van een haast kantiaanse snit en dat maakt dat hij eigenlijk geen utilist meer genoemd kan worden (en dit zelf ook niet doet). Anderzijds is zijn beschouwing een vorm van contract-den-

ken. Het denken in termen van een maatschappelijk (of sociaal) contract is bij denkers in de traditie van het utilisme altijd populair geweest. De neuzen staan hier overigens lang niet alle in dezelfde richting, met name niet als het gaat om de rol van macht en eigenbelang bij het totstandkomen van het sociale contract. Een van de eerste denkers over het 'sociale contract', Thomas Hobbes, was zich van deze rol van macht en eigenbelang zeer bewust. Mensen gedragen zich ten opzichte van hun medemensen als wolven (*homo homini lupus*), aldus Hobbes. Bindende afspraken zijn volgens hem alleen onder dwang mogelijk.

Daarmee komen we weer uit bij de vraag waarmee dit betoog begon, namelijk wat voor geluk het mensen brengt om zelf een beetje geluk in te leveren ten einde andere mensen meer geluk te laten verkrijgen. Heeft de mens wel zo'n sociale natuur en is het utilisme een geschikte theorie om daarover iets te zeggen?³⁶ Ons antwoord luidt dat pogingen om deze sociale natuur op een niet-normatieve, louter empirische wijze te definiëren tot mislukken gedoemd zijn, omdat de betekenis en waarde van handelingen en afspraken alleen kan worden uitgedrukt in termen die een evaluatieve component bevatten. Klassieke utilisten zijn geneigd deze evaluatieve component te herleiden tot de psychologie, te weten de associaties tussen handelingen en afspraken enerzijds en gevoelens van geluk of voldoening anderzijds. Door de associatie met dergelijke gevoelens krijgt de handeling of afspraak een morele waarde. Handelingen, waaronder de verbintenissen die maatschappelijke actoren onderling aangaan, hebben dan geen intrinsiek morele betekenis. Het problematische van deze opvatting is dat in principe elke handeling geassocieerd kan raken met gevoelens van voldoening en geluk. Daardoor bestaat de kans dat ook die handelingen als moreel toelaatbaar worden gezien die we op grond van onze morele intuïtie geneigd zijn af te wijzen (sadisme bijvoorbeeld).³⁷

In de medische ethiek is het utilisme, met name in zijn consequentiaalistische gestalte, vandaag een toonaangevende stroming. Dat ligt ook wel voor de hand gezien de praktische en empirische inslag van het medisch denken en handelen. Het gaat daarbij om twee punten; in de eerste plaats de neiging om de samenwerking tussen arts en patiënt te definiëren in termen van een *contract*; en in de tweede plaats de tendens om in de morele bezinning het primaat te leggen bij de *gevolgen*, al dan niet beoogd, van het medisch handelen - en dus niet bij de plichten waaraan het handelen dient te beantwoorden, zoals in de deontologie, of bij de deugden die in het handelen van de arts gestalte krijgen (deugdenethiek). Kenmerkend voor het contract-

denken is dat de ontmoeting tussen arts en patiënt wordt omschreven als een relatie tussen *vreemden*,³⁸ en dat het besluitvormingsproces wordt opgevat als bestaande uit een weging van de *belangen* van de betrokken partijen.³⁹ Omdat deze belangen deels wettelijk zijn verankerd in de vorm van rechten vindt men hier vaak een vermenging van utilistische overwegingen met elementen uit het rechten-discours (zie V.5).

Hoewel utilisten historisch gezien met recht kunnen beweren dat hun benadering niet per definitie hoeft uit te monden in een individualistische ethiek, dat wil zeggen in een ethiek waarin individuen worden gezien als losse atomen die elkaar hoogstens per contract kunnen verplichten tot het doen van het goede, moet toch van deze belangenethiek worden gezegd dat ze wel tot een dergelijk individualisme neigt. Deze ethiek kiest haar uitgangspunt in de doelen die vrije, zelfbeschikkende personen of partijen zich stellen en beschouwt de morele verbintenissen tussen deze personen of partijen als zelfopgelegd. De belangenethiek past daarmee goed bij één van de twee hoofdstromingen in het sociale en politieke debat, namelijk die welke wordt aangeduid met de term *libertarianisme*. Tegen deze stroming richt zich het zogenaamde *communitarianisme* dat een sociaal-ethische en -politieke vertaling biedt van de deugdenethiek en nadruk legt op het goede zoals dat intern of intrinsiek in allerlei praktijken gestalte krijgt. De zogenaamde *zorgethiek* kan worden gezien als een variant in het spectrum van communitarianistische benaderingen. Deze vorm van ethiek, die dus voortbouwt op de deugdenethiek, legt de nadruk op empathie, onderlinge betrokkenheid en naar-elkaar-omzien als wijzen van gedragen die in de sociale natuur van de mens verankerd liggen. De *zorgethiek* is een belangrijke tegenstem tegen het momenteel zo populaire contractdenken.⁴⁰

6. Verantwoordelijkheidsethiek

Met de bespreking van de deugdenethiek, de deontologie en het utilisme hebben we de drie hoofdstromen in het wijsgerige debat geprobeerd te peilen. Het beeld is hiermee zeker nog niet compleet. Juist in de laatste decennia zijn er allerlei nieuwe benaderingen ontwikkeld die heel andere accenten plaatsen. We denken hierbij, naast de juist al genoemde *zorgethiek*, met name aan de verantwoordelijkheidsethiek en de herleving van de ethiek van het goddelijke gebod. Bij deze twee willen we nu nog stil staan.

Gemeenschappelijk aan de ethieken die nadruk leggen op de menselijke *verantwoordelijkheid* is dat ze gegroeid zijn uit de ervaring van

verontrusting. We denken hierbij met name aan het werk van Hans Jonas en Emmanuel Levinas. Jonas is met name verontrust over ontwikkelingen in de genetica en de reproductie-technologie. Levinas' filosofie is ondermeer geboren uit de ervaring van onderdrukking en jarenlange krijgsgevangenschap en richt zich tegen het geweld dat inherent is aan een manier van denken die typisch westers is en die hij als totalitair en nivellerend aanmerkt. Heel algemeen gesteld duidt de term verantwoordelijkheid bij beide denkers op de speciale relatie van de mens tot het goede. Alleen de mens onderhoudt zo'n relatie tot het goede dat daaruit verantwoordelijkheid voortvloeit. We beperken ons hier tot de weergave van enkele gedachten van Jonas, omdat diens beschouwingen het terrein van de medische ethiek direct raken en omdat hij een scherp oog heeft voor de morele betekenis van ontwikkelingen op het terrein van de technologie. Dit laatste accent kwam bij de tot nu toe besproken stromingen nog nauwelijks naar voren. De ethische filosofie van Levinas is in dit opzicht moeilijker te plaatsen, want ze is dermate wijsgerig en subtiel dat we haar onmogelijk in het bestek van enkele pagina's recht kunnen doen.⁴¹

De verontrusting van Hans Jonas (1903-1993) vloeit voort uit de *oncontroleerbaarheid van de ontwikkelingen in de techniek*.⁴² Die ontwikkelingen maken dat de mensheid een nieuwe ethiek nodig heeft, niet meer een verticaal georiënteerde ethiek, zoals de platoonse, de scholastische of de kantiaanse, maar een horizontaal gerichte ethiek. Als gevolg van de enorme ontplooiing van technische macht is er namelijk fundamenteel iets veranderd aan ons tijdsperspectief, aldus Jonas. De techniek heeft een ongekende dynamiek in de geschiedenis gebracht. Doelen die voorheen onbereikbaar waren, komen steeds sneller binnen het bereik van de techniek te liggen. De mensheid heeft steeds minder tijd om over de ongewenste neveneffecten van deze machtsontplooiing te denken. Inmiddels is de situatie zo dat niets minder dan het voortbestaan van de mensheid op het spel staat. Jonas denkt daarbij niet alleen aan de mogelijkheid van nucleaire vernietiging, aan ecologische rampen, aan de groei van de wereldbevolking en aan de uitputting van natuurlijke hulpbronnen, maar ook aan de toenemende mogelijkheden om in te grijpen in het menselijk genoom. De techniek reikt hier op de meest onmiddellijke wijze naar de bronnen van haar eigen kunnen: de mens met z'n intellect, technisch inzicht en doorzettingsvermogen.

Jonas is geen voorstander van de opvatting dat de problemen van de techniek wel door de techniek zelf opgelost zullen worden. Evenmin meent hij dat de mens zo kneedbaar is dat hij zich ook aan de ongewenste neveneffecten van de techniek wel zal aanpassen. Nodig is

zijns inziens een ethiek van de verantwoordelijkheid, dat wil zeggen een ethiek die gericht is op de toekomst en die rekening houdt met de mensheid als geheel. Op het eerste gezicht lijkt Jonas hiermee in het vaarwater van het consequentialisme terecht te komen. Toch is dat juist niet wat Jonas bedoelt. Want het consequentialisme gaat volgens hem uit van premissen die door de dynamiek van de techniek onderuit gehaald worden. Juist dat maakt de situatie zo nijpend.

Consequentialisten gaan bijvoorbeeld uit van de mogelijkheid toekomstige gevolgen te calculeren op basis van extrapolaties vanuit de situatie in het heden. Van die situatie wordt aangenomen dat ze, hoe snel bepaalde ontwikkelingen ook verlopen, kan worden gedacht als een betrekkelijke status quo. Wie gevolgen van bepaalde ontwikkelingen tracht te voorspellen, moet nu eenmaal uitgaan van bepaalde constanten. Maar juist dat wordt in onze tijd steeds moeilijker. Onze tijd is zo dynamisch dat de status quo morgen al weer achterhaald kan zijn. Het onvoorzienbare speelt een veel grotere rol dan we willen toegeven. Het is één van de paradoxen van onze eeuw dat naarmate de macht van de mens toeneemt, de controleerbaarheid, althans op macro-niveau, afneemt. Onze macht is veel groter dan ons voortweten, aldus Jonas.

Jonas voegt hier nog iets aan toe. Macht heeft het statuut van het mens-zijn zelf veranderd. Mens-zijn wordt niet meer in de eerste plaats bepaald door de verplichting, zoals bij Kant, maar door kunnen. Macht staat niet meer op een vanzelfsprekende wijze ten dienste van de plicht tot rationeel zelfbeheer. De ontwikkeling van de techniek heeft een dynamiek die het rationele zelfbeheer tot iets marginaals reduceert. Het heeft geen zin de feitelijkheid van deze veranderingen te ontkennen, bijvoorbeeld door een beroep te doen op normatieve verplichtingen die in hun verticale oriëntatie boven de feitelijkheid uitstijgen. Beter is het als de mensheid deze feitelijkheid tot zich laat doordringen, met andere woorden dat ze beseft dat de enorme technische machtsvorming begint te knagen aan de bronnen waaruit ze zelf is ontsproten. Die feitelijkheid impliceert een norm, namelijk dat het nimmer zo ver mag komen dat het menselijk kunnen zichzelf vernietigt. Het eerste gebod van de ethiek bevat dus geen enkele verwijzing naar iets transcendent, omdat het zich richt op wat daarvoor ligt: het *behoud van de mogelijkheid om te overleven*.⁴³

In feite gaat het hier om een punt dat ook in ons betoog steeds terugkeert, namelijk dat ethische discussies vaak achterlopen bij feitelijke ontwikkelingen. Ook Jonas onderstreept dit punt. Zijn diagnose is echter een andere dan die van ons en anderen. Zijns inziens stellen mensen - vrij geparafraseerd - hun doelen nog steeds te hoog en wel,

omdat ze kennelijk nog steeds niet accepteren dat het statuut van de mens zelf is veranderd door de toename van de macht. We moeten in het huidige tijdsgewricht wel uitgaan van de macht van de mens. Want anders komt de ethiek te laat. Het is de feitelijkheid van die macht die ons een norm aanreikt en die zo ons willen verandert in een moeten. Bedoelde norm luidt dat *ons kunnen ons nooit de mogelijkheid moet ontnemen om te kunnen*.

Wat houdt bij Jonas de notie verantwoordelijkheid in? We kunnen zijn uiterst abstracte beschouwingen op dit punt slechts gedeeltelijk volgen. Kernpunt is dat verantwoordelijkheid te maken heeft met de doelgerichtheid *van het bestaan zelf* en niet herleid kan worden tot het menselijk willen, c.q. de doelen die door dit willen gesteld worden. Jonas wijst met andere woorden elke ethiek af die zich baseert op *vooraf gegeven* doelen. Want doelen zijn altijd gebonden aan de menselijke wil of de menselijke begeerten. Maar op wilstoestanden of begeerten kan een ethiek die het onvoorwaardelijk geldige zoekt, zich nimmer baseren. We stuiten hier op een kantiaans element in Jonas' denken. Is er dan iets anders, iets 'objectiefs' waarop de ethiek zich kan baseren? Niet, aldus Jonas, als we daarbij denken aan iets transcendentals zoals een platoons idee of een universele verplichting zoals bij Kant of het goddelijke gebod, zoals in de joods-christelijke traditie. Wel, als dat 'objectieve' zich samen laat denken met het veranderde statuut van het mens-zijn. Het is precies op dit punt dat Jonas aan zijn betoog een karakteristieke wending geeft, namelijk door enerzijds aan te sluiten bij de taal van de traditionele ontologie en door anderzijds deze taal een inhoud te geven die aansluit bij het perspectief van de tijd en de eindigheid dat hij in zijn mensopvatting ontwikkelt. Doelgerichtheid kan niet anders dan als een goed-op-zich worden gedacht, onafhankelijk van de menselijke instemming en wilsbepaling. Doelgerichtheid is een wezensbepaling van het zijn zelf, dat wezenlijk onaf en dynamisch is. Vanuit die wezensbepaling moet de structuur van de verantwoordelijkheid afgeleid worden. Jonas spreekt hier van een *verantwoordelijkheid voor de zaak*. Deze zaak is heteronoom ten opzichte van de wil van de mens.

Praktisch betekent dit dat het de mensheid primair moet gaan om de toekomst van haar nageslacht. Dat is het 'zijn' waar het de mens in de eeuw van de techniek om moet gaan. Maar dat nageslacht is er nog niet. Het heeft geen stem. Het is niet besloten in de immanente teleologie van het zijn. Toch doet het nageslacht een appèl op ons. Jonas spreekt zelfs van een opdracht, heel concreet om de toekomst leefbaar te houden, om de toekomstige mensheid zelf ook toekomst te laten hebben, dat wil zeggen: keuzemogelijkheden en mogelijkhe-

den om zelf nageslacht te verwerven. Waar een denker als Rawls uitgaat van een imaginaire begintoestand, zou van de beschouwingen van Jonas kunnen worden gezegd dat deze gebaseerd zijn op een imaginaire eindtoestand, de (nog) niet bestaande en principieel ook niet te calculeren en in die zin *fictieve eindtoestand* van de menselijke soort als geheel. Het nieuwe van deze beschouwing is dat Jonas deze eindtoestand los tracht te weken uit de sfeer van planning en organisatie. Tegelijk gaat het wel om iets concreets, in die zin dat het appèl van de zaak beantwoord wordt door de menselijke ervaring, namelijk in het gevoel van verantwoordelijkheid. Moraliteit kan niet zichzelf ten doel hebben, de zedelijkheid als morele dispositie of karaktereigenschap. Ze bestaat ook niet in het stellen van de 'juiste' doelen, want die doelen zijn subjectief en hebben geen objectieve gelding. Moraliteit ontstaat daar waar mensen zich *verantwoordelijk* voelen voor hen die er nog niet zijn en die net zoveel kansen om te leven verdienen als wij.

We gaan hier voorbij aan allerlei bezwaren die in wijsgerig opzicht tegen Jonas' denken ingebracht zouden kunnen worden. Belangrijk lijkt ons Jonas' relativering van de planbaarheid van de toekomst en, samenhangend hiermee, zijn poging om de notie verantwoordelijkheid een dimensie te verlenen die uitstijgt boven het denken in termen van middelen en doelen. Mensen zijn primair verantwoordig schuldig aan elkaar, waaronder hen die er nog niet zijn. Verantwoordelijkheid is meer dan alleen aanspreekbaar-zijn op het behalen van bepaalde doelen. Opgemerkt moet worden dat het gedachtegoed van Jonas slechts één specimen van een verantwoordelijkheidsethiek is en dat onder de paraplu van het verantwoordelijkheidsbegrip ook heel andere benaderingen mogelijk zijn. Eén zo'n andere benadering kwam in de hoofdstukken II en III aan bod. In het laatste hoofdstuk zullen we het daar gestelde verder uitwerken.

7. Tussentijdse balans

Een centrale vraag in de voorgaande beschouwingen bleek steeds te zijn op welke manier de theoretische reflectie kan bijdragen aan de bepaling van het goede in praktische zin. De wegen liepen hier uiteen, zoals bleek, waarbij het utilisme van Bentham als meest uitgesproken variant naar voren kwam. Bentham definieerde het goede als de wetenschappelijk te berekenen som van het geluk van zoveel mogelijk mensen. Kants ethiek van de zedelijke verplichting berustte eveneens op een sterke waardering van het theoretisch denken: de wil dient zich zo op te trekken aan het ideaal van rationaliteit dat het

subjectieve willen zich omvormt tot rationeel zelfbeheer. In de aristotelische deugdenleer werd het goede vooral gezocht in een praktijk van opvoeding en training onder leiding van de (verstands)deugd van de praktische wijsheid. Levenservaring speelde in het ontwikkelen van deze wijsheid een belangrijke rol. In Jonas' ethiek van de verantwoordelijkheid, tenslotte, diende de theoretische concentratie op de 'zaak' beantwoord te worden door een gevoel van verantwoordelijkheid.

Stuk voor stuk gaat het hier om pogingen om de theoretische reflectie over het goede aan te laten sluiten op de praktijk van het zedelijk handelen. Onproblematisch is deze aansluiting echter in geen van de besproken gevallen. Zo bleek het utilisme te kampen met het probleem dat een empirisch-theoretische bepaling van het goede het uiteindelijk niet kan stellen zonder evaluatieve noties die een zekere normering vooronderstellen. Kants categorische imperatief bleek niet opgewassen tegen het probleem van conflicterende plichten, terwijl de these van de universaliseerbaarheid in de praktijk niet immuun bleek voor ombuiging in de richting van het eigenbelang. Onduidelijk bleef bij Jonas hoe diens ethiek van de verantwoordelijkheid in specifieke situaties kan leiden tot handelingsdirectieven, dat wil zeggen in situaties waarin niet het lot van de mensheid als totaal, maar van individuen en (sub)groepen voorwerp van reflectie is. De deugdenethiek kwam, alles bijeengenomen, met haar notie van praktische wijsheid nog het verst in de integratie van theorie en praktijk. Bij Aristoteles deed zich evenwel een moeilijkheid voor, namelijk dat diens ethiek slechts voor een bepaalde intellectuele en maatschappelijke elite geschreven leek te zijn. MacIntyre's herwaardering van tradities, als praktijken waarvan deugden een intrinsiek onderdeel vormen, bleek eveneens problematisch: de tradities gaven elk op zich wel op consistente wijze vorm aan een bepaalde moraal, maar tussen de tradities onderling ontbrak die consistentie. Waardesystemen blijken onderling te conflicteren.

Ook christelijke benaderingen van de ethiek zullen het niet kunnen stellen zonder een grondige bezinning op de verhouding tussen theoretische reflectie en morele praxis. De geschiedenis laat zien dat ook hier de antwoorden sterk uiteenlopen. Klassieke natuurrechttheorieën zoals die door de eeuwen heen met name in rooms-katholieke kring zijn ontwikkeld, kennen bijvoorbeeld een prominente plaats toe aan het theoretisch denken. Dit denken zou in staat zijn de innerlijke doelgerichtheid en normativiteit van de natuur met het verstand te doorzien. In protestantse kring zijn dergelijke pogingen nooit erg populair geweest, alleen al niet vanwege het feit dat ook het verstand

niet vrij is van zonde en dwaling.⁴⁴ Zeker, ook het protestantisme kent haar scholastiek. Zo hielden tal van 17e- en 18e-eeuwse theologen zich bezig met de redelijke doordenking van geloofswaarheden. Ook zou gewezen kunnen worden op de zogenaamde leer van de schepingsordeningen. Sommige voorstanders van deze leer kenden, net als de verdedigers van het natuurrecht, aan het verstand een zekere zelfstandigheid toe als kenbron inzake de normativiteit van het geschapene. Maar de hoofdstroom van het protestantse denken, of dit nu klassiek reformatorisch of evangelicaal is, heeft aan de theoretische reflectie vanouds een veel bescheidener plaats toegewezen. Dit denken is dan ook in de eerste plaats levensbeschouwelijk van aard. Theoretische bezinning heeft meer het karakter van explicitering dan van ontdekking, laat staan van fundering. Voor de ethicus betekent dit dat hij die noties omtrent het goede expliciteert die op het niveau van de praktische levens- en wereldbeschouwing meer of minder impliciet voorondersteld zijn. Christelijke benaderingen van de ethiek kunnen aldus worden geassocieerd langs een as waarvan de ene pool bestaat uit de klassieke *natuurrecht* theorieën en de andere pool uit allerlei vormen van *levensbeschouwelijk denken*.

Er is nog een andere manier om christelijke benaderingen van de ethiek te typeren. Die typering loopt deels parallel met de bovenstaande, maar kiest een andere invalshoek. Die invalshoek wordt ingegeven door een beroemde vraag in de *Euthyphro*, één van Plato's dialogen, de vraag namelijk of het goede goed is omdat God het wil, of dat God het goede wil omdat het goed is. Eenvoudiger geformuleerd: *is het goede gefundeerd in Gods wil of is het dat niet?* Deze vraag heeft met name in de Middeleeuwen de geesten zeer beziggehouden en is ondermeer bepalend geweest voor de strijd tussen voluntaristen en realisten. De *voluntaristen* (*voluntas* = wil) fundeerden het goede in de goddelijke wil, maar stonden daarbij voor de vraag of het goede daarmee *niet arbitrair* (willekeurig) wordt. Immers, als Gods wil het laatste woord heeft, wie of wat zou God dan kunnen weerhouden om dat wat mensen *omrechtvaardig* noemen, tot het goede te rekenen? De *realisten*, die het goede in een hoger beginsel of zijnsprincipe zochten, stonden echter ook voor een lastige kwestie. Want als het goede gezocht moet worden in een hoogste principe en als dit hoogste principe een zijnskarakter heeft, dan zal ook de goddelijke wil zich moet schikken naar dit hoogste zijnsprincipe en daardoor niet volledig vrij zijn -hetgeen afbreuk zou doen aan de goddelijke almacht.⁴⁵ Weliswaar zorgde Thomas van Aquino voor een formulering die tussen de Scylla van goddelijke willekeur en de Charibdis van een beperking van de goddelijke vrijheid door wist te varen⁴⁶, maar

de kwestie speelt op de achtergrond ook in de moderne discussie nog steeds een rol.⁴⁷

Zo toont de zogenaamde *ethiek van het goddelijke gebod* een zekere hang naar het voluntarisme: de plicht om de naaste lief te hebben, wordt geacht gefundeerd te zijn in het gebod en dit gebod is de rechtstreekse uitdrukking van Gods wil. De ethiek van het goddelijk gebod zegt niet dat God wil dat wij onze naaste liefhebben *omdat* liefhebben een goed is dat *inherent* is aan het leven zelf. Liefhebben is primair een goed omdat het beantwoordt aan Gods wil. De boven aangehaalde leer van het natuurrecht leunt daarentegen aan tegen de realistische positie. De normatieve beginselen die zij formuleert, worden geacht inherent te zijn aan het bestaan zelf. Theologisch vertaalt deze tweedeling tussen voluntarisme en realisme zich in twee soorten ethiek, een ethiek die zich richt op het *Koninkrijk van God* (voluntarisme, gebodsethiek) en een ethiek die zich richt op de *schepping* (essentialisme, natuurrecht, leer van de scheppingsordinanties). Voluntaristen zullen geneigd zijn het goddelijke gebod primair voor te houden aan hen die zich aan de wil van God willen onderwerpen, de burgers van het Koninkrijk. Deze benaderingen leiden daardoor gemakkelijk tot een ethisch isolement. Theologen die nadruk leggen op de schepping en de intrinsieke normativiteit van het geschapene, hebben ook een boodschap voor 'de wereld'. Immers, alle mensen maken deel uit van de schepping en deze schepping is, ondanks de werking van het kwaad, aangelegd op het goede. Wanneer het theologisch mogelijk zou zijn iets van de structuur van de schepping zichtbaar te maken, dan is dat van betekenis voor christenen en andersgelovigen.

Benadrukt moet worden dat het bovenstaande niet meer dan een schematische indruk geeft en dat er ook in de christelijke benadering van ethische vragen allerlei combinaties en tussenvormen te ontdekken zijn. Het juist ontwikkelde conceptuele bestek beoogt niet meer dan een aantal bakens uit te zetten. Deze bakens maken ons alert op de *mogelijke* implicaties van bepaalde beschouwingswijzen, zonder daarmee te veronderstellen dat deze implicaties onvermijdelijk zijn. Met andere woorden, de beide assen beschrijven de polen waartussen de bezinning zich beweegt, maar deze polen hebben in onze visie niet noodzakelijk een 'of - of' karakter. Uit voorgaande hoofdstukken moge bijvoorbeeld al duidelijk zijn geworden dat wij uitgaan van de complementariteit van structuuranalyse en levensbeschouwelijk denken: levensbeschouwelijk inzicht opent het oog voor het eigene van de arts-patiënt relatie, terwijl de analyse van de structuur van de arts-patiënt relatie dit inzicht verdiept en er de noodzakelijke differentia-

tie in aanbrengt. In het laatste hoofdstuk zal blijken dat wij van opvatting zijn dat ook de Koninkrijks- en de scheppingsbenadering elkaar aanvullen, in plaats van elkaar uitsluiten.

8. Twee voorbeelden van christelijk ethisch denken

We willen in deze paragraaf ingaan op enkele aspecten in het denken van twee protestants-christelijke filosofen, Richard Mouw en André Troost.⁴⁸ Beiden zijn het erover eens dat de wijsgerige ethiek niet een omspannend raamwerk biedt waarbinnen de moraal rationeel gefundeerd kan worden. Wijsbegeerte heeft een beperkter prentie. Ze is zelf de expressie en articulatie van een bepaald wereldbeeld en daarmee onderdeel van een groter verhaal, dat van de geschiedenis van God met de mens. Mouw en Troost verschillen evenwel in hun waardering van het onderscheid tussen theologie en filosofie, en daar achter in hun visie op de relatie tussen ervaring en theoretisch denken. Mouw maakt zich om het onderscheid tussen theologie en filosofie niet zo druk. Als voorstander van een goddelijke gebodsethiek (*divine command ethics*) aanvaardt hij de geboden van God als gegeven. Theologie en filosofie hebben beide te doen met de werkelijkheid zoals deze respondeert op de sprekende God. Het verschil tussen beide is gradueel en vooral een kwestie van aandachtsgebied. Troost daarentegen is zeer beducht voor een vermenging van theologie en filosofie. De theologie heeft zich, zonder er zelf erg in te hebben, maar al te vaak op wijsgerige paden begeven en is daarbij nogal eens in het vaarwater van een rationalistische scholastiek verzeild geraakt. In deze scholastiek is van een zodanige rationalisering en systematisering van geloofswaarheden sprake dat deze los van de geloofspraktijk komen te staan. Filosofie is volgens Troost echter heel wat anders dan theologie. Ze heeft primair van doen met de analyse van schepselmatige verbanden. Ze is met andere woorden primair kosmologie.

Voor de wijsgerige ethiek betekent dit dat ze zich dient te richten op het ethische als een *aspect* (modaliteit, zijnsmodus) van de werkelijkheid.⁴⁹ In de analyse van het ethische aspect gaat het om een onderzoek naar verbanden die structureel in de schepping besloten liggen. Concrete handelingsdirectieven mogen van een dergelijk onderzoek niet verwacht worden, aldus Troost. Ook heeft dit onderzoek geen legitimerende functie ten aanzien van een bepaalde morele praktijk. Want dan zou het theoretisch denken toch weer fundeerd worden voor de moraal, hetgeen Troost (met Mouw) afwijst. Overigens heeft volgens Troost ook de vakwetenschappelijke ethiek geen prescriptieve (voorschrijvende) betekenis. Het theoretisch den-

ken kan de vinger niet achter de gelding van normen krijgen. Die gelding is iets dat in de praktijk van het leven wordt ervaren en beaamd. Uiteindelijk is het door de werking van de Heilige Geest dat mensen overtuigd worden van de goedheid, waarheid en autoriteit van de goddelijke geboden en een fijne neus ontwikkelen voor de intrinsieke normativiteit van het geschapene.

We voeren het denken van Troost hier vooral op, omdat daarin zo duidelijk positie wordt gekozen ten aanzien van de vraag die ook in ons betoog centraal staat, namelijk hoe ethische reflectie zich dient in te voegen in de praktijk van het morele handelen. Troost maant hier tot uiterste terughoudendheid. Of het nu gaat over in-vitro-fertilisatie of het homo-huwelijk, over geslachtsveranderende operaties of de ethiek rond het levenseinde - in geen van deze gevallen heeft de ethicus een streepje voor als het erom gaat te beslissen hoe in de concrete situatie te handelen. Dat betekent niet dat ethische reflectie van nul en generlei waarde is. Maar de schoenmaker, in casu de filosoof-ethicus, houde zich ook hier aan zijn leest: de analyse van denkpatronen, probleemstellingen en begrippen die in de verschillende ethische modellen en stromingen aan de orde zijn; naast het onderzoek naar de aard en reikwijdte van de normatieve principes waaraan het menselijk handelen zich oriënteert (Troost spreekt hier van 'normatieve situatie-structuren'). Achter deze terughoudendheid moeten we vooral een beduchtheid zoeken voor verzelfstandiging van het theoretisch denken. Die verzelfstandiging leidt tot allerlei vormen van toepassingsdenken, waarbij de morele praktijk als het toepassingsgebied van *theoretisch verzelfstandigde* ethische principes wordt gezien. We zouden deze verzelfstandiging van ethische principes kunnen aanduiden met de term *principalisme* (of *presuppositionalisme*). Reflectie over het morele handelen is volgens Troost evenwel heel wat anders dan het deductief toepassen van geïsoleerde principes op een bepaalde praktijk.⁵⁰

Hetgeen in het vorige hoofdstuk in kritische zin werd aangevoerd tegen het subsumptiemodel - dat op net zo'n toepassingsdenken berust als het soort ethiek waar Troost zich tegen richt - vindt hier dus zijn ethisch equivalent. Toch is er een verschil. Want waar wij wel willen spreken over klinische *expertise* als een kenniswijze die van het alledaagse kennen verschilt, daar lijkt Troost niet te willen spreken van een kunde die als een ethisch analogon van de klinische expertise zou kunnen worden opgevat. Er is met andere woorden niet zoiets als morele expertise, althans niet in zoverre deze expertise berust op het kennen van theorieën. Morele expertise gaat niet uit boven praktische levenswijsheid.

Troosts benadering past meer bij een scheppingsethiek dan bij een ethiek van het Koninkrijk. Het sterke accent op het primaat van het gewone leven (boven ethische theorieën als morele leidraad) doet hem daarbij verre blijven van een ethiek van het natuurrecht en tevens van een ethisch presuppositionalisme. Troosts benadering is voluntaristisch noch realistisch. Aspecten van deze twee richtingen zijn in zijn beschouwingen wel te herkennen, maar geen van beide krijgt de overhand. Zo is de intrinsieke normativiteit van het geschapene wel een kwaliteit *van* het geschapene (en dus een scheppingsmoment), maar deze kwaliteit rust niet in zichzelf, omdat ze afhankelijk is van het scheppende en onderhoudende woord van de Allerhoogste (en dus van diens wil). Het scheppingsperspectief wordt zo toegebogen naar en gelezen vanuit het perspectief van de sprekende God.

Het interessante van de vergelijking tussen Mouw en Troost is dat vanuit intenties die in de grond van de zaak dezelfde zijn, toch een heel andere benadering van de ethiek mogelijk blijkt. Ook bij Mouw heeft het gewone leven het primaat en ook hij kant zich sterk tegen het ethisch presuppositionalisme. Het belangrijkste verschil is dat Mouw niet zoveel heil lijkt te zien in een strikt theoretische benadering van de wijsgerige en vakwetenschappelijke ethiek. Bij hem bestaat ethiek vooral uit een theoretische articulatie van de christelijke levens- en wereldbeschouwing. In die levens- en wereldbeschouwing heeft de sprekende en gebiedende God letterlijk en figuurlijk het eerste woord. Mouws ethiek is een ethiek van het goddelijke gebod. Echter, net zomin als Troost in het vaarwater van het natuurrecht terechtkomt, zomin belandt Mouw in het vaarwater van het voluntarisme. Het gebodsperspectief wordt bij hem toegebogen naar en gelezen vanuit het perspectief van de schepping. We belichten enkele hoofdgedachten.⁵¹

Mouw verzet zich tegen een interpretatie van de gebodsethiek die deze ethiek reduceert tot een set cognitieve regels die met behulp van een bepaald soort interpreteerkunst worden toegepast op de concrete situatie. Mouws verzet tegen een dergelijk presuppositionalisme (*zijn term*) betekent geen ontkenning van het bestaan van principes en regels. Alleen, genoemde principes en regels moeten worden gezien in het licht van het *verhaal* dat er achter zit. De regels zijn ingebed in het verhaal, ze hebben een *narratieve* strekking. Ze vormen de harde kern van het verhaal. Zo moeten de tien geboden worden gelezen in het licht van het opschrift boven de decaloog: "Ik ben de Heere uw God die u uit het land Egypte, uit het diensthuis geleid heb". De gebiedende God is volgens dit opschrift niet een vreemde

autoriteit, een despoot die naar willekeur zijn directieven uitvaardigt, maar een God die zijn 'credentials' (geloofsbrieven) heeft overhandigd. Hij redde Israël uit de slavernij van Egypte. Anders gezegd: wat God *gebiedt*, kan niet los worden gezien van wie Hij *is*, de God die een verbond sloot met zijn volk Israël en die zijn beloften nakomt. Hetzelfde geldt voor de mens. Wat mensen doen en beslissen wordt mede bepaald door wie zij zijn, hun karakter. Vandaar dat Mouw sympathie weet op te brengen voor de deugdenethiek met haar accent op opvoeding en karaktervorming. Een decisionistische ethiek - die alleen let op het beslissingsmoment en die het beslissen ziet als een volstrekt rationeel afwegingsproces - schiet in dit opzicht tekort. Ze isoleert 'doen' teveel van 'zijn'.

Een volgend punt betreft de verhouding van de gebodsethiek tot gevestigde wijsgerige theorieën. Ook Mouw maant hier tot voorzichtigheid. Anders evenwel dan Troost verzet hij zich tegen de versmaling van ethiek tot een wetenschappelijke discipline. De term ethiek heeft bij hem een veel bredere betekenis dan bij Troost. Ethiek vindt haar basis in iemands *worldview*. Ze is een theoretische explicitering van de manier waarop mensen zich in moreel opzicht in de werkelijkheid oriënteren. En die oriëntatie is op de keper beschouwd rationeel-wijsgerig niet te rechtvaardigen. Dat geldt niet alleen voor de christelijke, maar voor alle vormen van ethiek. Dat roept uiteraard de vraag op wat dan de waarde is van ethische theorievorming. Heeft de christelijke ethiek nog een boodschap voor de wereld, of is ze louter intern gericht? En hoe moeten we ons de verhouding tussen de *worldviews* en ethische theorieën denken?

Om met dit laatste te beginnen, Mouw stelt dat de relatie tussen *worldview* en ethische theorie een betrekkelijk losse is. Ethische theorieën blijken in de praktijk op verschillende manieren te kunnen worden ingevuld. Iedere ethiek kiest als het ware een bepaald *model* of *voorbeeld* en het hangt van deze modellen af welke implicaties een bepaalde theorie praktisch heeft. Zo zagen de klassieke utilisten hun ethische theorie als in het geheel niet in strijd met een religieuze visie op de mens. Jeremy Bentham telde religieuze gevoelens (de 'pleasure of piety') mee bij het berekenen van het hedonistisch gelukstotaal. En John Stuart Mill achtte de filosofie van het geluk dieper religieus dan enige andere filosofie. Wat kan er anders van een volmaakt goede en wijze God worden verwacht dan dat Hij het goede ook nuttig laat zijn?⁵² Iets dergelijks geldt nu ook voor de ethiek van het goddelijk gebod, aldus Mouw. Deze ethiek is eigenlijk vooral een verhaal (of voorbeeld) dat een bepaalde visie op het menselijk bestaan tot uitdrukking brengt. Dit verhaal is verenigbaar met componenten uit ver-

schillende ethische theorieën. Zo kan Mouw over zijn gebodsethiek zeggen dat deze kenmerken in zich draagt van een deugdenethiek, van agapisme (= een ethiek van de liefde) en van de erkenning van een door God in de mens geplant gevoel van rechtvaardigheid (een ethiek van de gezindheid).

Heeft de christelijke ethiek nog een boodschap voor de wereld, zo luidde de andere vraag die we zojuist stelden? En hebben de verschillende ethieken nog een boodschap aan elkaar? Dat hangt er vanaf, zo lijkt Mouw te suggereren. Wil een ethiek overtuigen, dan zal ze moeten overtuigen als wijze van leven. In die manier van leven zal een balans moeten worden gevonden tussen de verschillende perspectieven die in het verhaal (of model) tot uitdrukking komen.

Mouw sluit zich in dit verband aan bij een suggestie van de theoloog R. Niebuhr. Deze laatste meende dat er in het christendom varianten van levensbeschouwelijk denken zijn die zich richten op God de Vader, op Jezus als de zoon van God en op de Heilige Geest. Zo is het calvinistische denken volgens Niebuhr traditioneel nogal sterk georiënteerd op de God de Vader, als de soevereine en almachtige. Het calvinisme plaatst daarmee een accent op de schepping, op (scheppings)ordeningen en op de wet. De tweede variant, die Jezus centraal stelt als bevrijder en redder, zou vooral worden gerepresenteerd in de stroming van de wederdopers. Deze groepering toonde een sterke hang tot afscheiding van de wereld. Ze meende in eigen kring het Koninkrijk van God op aarde te kunnen vestigen. Mouw vindt dat het anabaptisme (wederdoperdom) een stroming is die opnieuw in de brede bedding van het calvinisme moet worden opgenomen. Mouw doelt daarbij niet zozeer op het naar binnen gerichte activisme van de wederdopers als wel op hun gevoeligheid voor de gebrokenheid van het bestaan. De wederdopers hadden in de praktijk een scherper oog voor de intensiteit waarmee de zonde doorwerkt in het maatschappelijk leven dan sommige calvinisten, bijvoorbeeld gereformeerden van kuyperiaanse snit, aldus Mouw. Met betrekking tot de derde vorm van levensbeschouwelijk denken, die de nadruk legt op de innerlijke vernieuwing door het werk van de Heilige Geest, moeten we vooral denken aan de *charismatische beweging*. Deze beweging kan volgens Mouw een heilzaam effect op beide eerstgenoemde stromingen uitoeffenen. Ze kan bijvoorbeeld het activisme remmen van zowel de kuyperiaanse gereformeerden als de dopersen.

Al met al opteert Mouw dus voor een *trinitarische* ethiek, dat wil zeggen een ethiek die aan elk van de personen van de goddelijke drie-eenheid recht probeert te doen. De gebodsethiek dient zich met name niet alleen te richten op de scheppende en onderhoudende

God. Want een exclusieve oriëntatie op God de Vader leidt gemakkelijk tot een ethiek met patriarchale en autoritaire trekken. Het is in dit verband dat Mouw ook sympathie toont voor het feminisme. Het feministische denken stelt terecht het patriarchale denken met zijn mannelijke dominantie aan de kaak.⁵³

Ook deze trinitarische benadering dient echter niet te worden opgevat als een poging tot harmonisatie die de gebrokenheid van het bestaan probeert glad te strijken. Mouw kenschetst het leven volgens de gebodsethiek als een *morele pelgrimage*. Het verhaal van de bevrijding en de vernieuwing is een verhaal van het nog-niet-ten-volle leven, van het onderweg zijn. Het kan uitlopen op het verhaal van het verdeelde zelf. Mouw opteert noch voor een triomfalistisch cultuur-optimisme noch voor een zich terugtrekken binnen de bescherming van de eigen kring. Hij meent dat christenen moeten sympathiseren met de vragen van de gesecculariseerde wereld. Daarmee lopen christenen een zeker risico, dat van de verdeeldheid, van een leven in twee werelden. Het leven van de christen lijkt in dit opzicht op dat van de vreemdeling (of pelgrim) die de taal van het land wil spreken maar toch in zekere zin buitenstaander blijft. Deze verdeeldheid is onvermijdelijk. Mouw plaatst deze verdeeldheid echter onder de spanningsboog van het *eschaton*, van de toekomst van heil die nu reeds bezig is zich te verwerkelijken. Met de verdeeldheid valt alleen te leven als er in het leven ergens een plaats is voor (een begin van) een gerealiseerd eschaton, hoe ten dele ook, zegt hij ergens.⁵⁴ De spanning van de verdeeldheid in het heden wordt overkoepeld door het wijsere perspectief van het komende Koninkrijk; een Koninkrijk dat er nog niet is, maar wel bezig is zich te realiseren.

9. Balans

Een rode draad door dit hoofdstuk was de gedachte dat de relatie tussen ethische theorie en morele praktijk niet als een simpele toepassingsrelatie gedacht kan worden. Het proces van morele besluitvorming bleek te complex om het te zien als het subsumeren van een casus onder een bepaalde theorie. Want de theorieën die hier besproken werden, konden niet zondermeer opgevat worden als een bestand van algemene regels of principes. In de verschillende stromingen kwam vooral een bepaalde *visie* op de mens en diens handelen naar voren. Ook bleek dat de meeste van de hier besproken inzichten vooral een wijsgerige strekking hadden en gekenmerkt werden door een dermate hoge graad van abstractie dat op voorhand al vaststond dat ze slechts een bepaald *aspect* van de morele praktijk

zichtbaar zouden maken. Bovendien hoorden we diverse auteurs zeggen dat die verschillende aspecten elkaar *niet* per definitie *uitsluiten*. Zo is de precieze betekenis van de principes en argumentaties die bij een bepaalde morele theorie horen, in de praktijk van de morele bezinning vaak niet zondermeer duidelijk. Meestal blijken meerdere interpretaties mogelijk. Zo kan de betekenis van een principe als 'weldoen' (*beneficence*) worden geïnterpreteerd als een onder alle omstandigheden geldend verbod om te doden, maar ook als een toelaten van de mogelijkheid om onder bepaalde omstandigheden om redenen van barmhartigheid wel te doden ('mercy killing'). De plicht om wel te doen geeft als zodanig dus nog weinig houvast bij het nemen van praktische beslissingen. Tenslotte suggereerden we dat in het proces van morele besluitvorming ook andere vermogens een rol spelen dan alleen het vermogen om te redeneren. Met name aan het vermogen tot *morele onderscheiding* of praktische wijsheid bleek door sommige auteurs een belangrijke functie te worden toegedicht.

Deze conclusie brengt ons terug bij een suggestie die we eerder in dit hoofdstuk al deden, namelijk om het denken over de relatie tussen ethische theorie en morele praktijk te structureren op een wijze die vergelijkbaar is met onze benadering in het vorige hoofdstuk, toen we een onderscheid maakten tussen vier niveaus van kennen (en handelen). De lezer zal zich herinneren dat we toen een onderscheid maakten tussen een vakfilosofisch, een vakwetenschappelijk, een klinisch en een alledaags niveau. We benadrukten toen dat elk niveau, in het bijzonder ook het klinische niveau, gekenmerkt wordt door een voor dat niveau typerende wijze van kennen. Toepassing van dit onderscheid op de ethiek zou betekenen dat de morele bezinning zoals die in de klinische praktijk plaatsvindt - we zouden hier van *klinische ethiek* kunnen spreken - haar eigen spelregels heeft en dat deze spelregels wel verband houden met ethische theorieën van vakwetenschappelijk of wijsgerige aard, maar uit die regels niet zondermeer kunnen worden afgeleid. Anderzijds betekent de erkenning van de eigenheid van het klinisch-ethische denken dat de arts niet voor iedere situatie het wiel opnieuw hoeft uit te vinden, omdat in het contact met de patiënt zich steeds weer prototypische situaties voordoen. Vanuit dit perspectief kan een pleidooi worden gevoerd voor het ontwikkelen van morele expertise. Deze expertise maakt deel uit van de professionele identiteit van de clinicus. Voor een uitwerking van deze gedachte zij verwezen naar het laatste hoofdstuk.

Een vraag die naar aanleiding van het bovenstaande wellicht rijst, is wat dan nog de betekenis kan zijn van wijsgerige bezinning op het morele handelen. Als incompatibiliteit tussen de verschillende visies

op het goede op wijsgerig niveau niet per definitie een incompatibiliteit op het klinische niveau hoeft in te houden, heeft wijsgerige bezinning dan überhaupt nog morele relevantie? Wij menen van wel. Kennis van de belangrijkste filosofische stromingen op het terrein van de ethiek is ondermeer van groot belang voor het peilen van de geest, c.q. de richting of de achterliggende visie, die in een bepaald type van morele bezinning tot uitdrukking komt, ook in concrete gevallen. Ook maakt deze kennis ons vertrouwd met de samenhang tussen bepaalde denkwijzen en allerlei achterliggende vragen, en met de onderlinge verwevenheid van deze vragen. Tenslotte bewijst de wijsgerige analyse een belangrijke dienst als het gaat om de verheldering van allerlei begrippen.

Vinden we in de medisch-ethische literatuur ook aanwijzingen die voor een onderscheid tussen verschillende niveaus van morele bezinning pleiten en die voor het maken van een dergelijk onderscheid enig houvast geven? Bij die vraag willen we tot slot nog stilstaan. Het ligt voor de hand om de aandacht daarbij te richten op de discussie tussen principalisten en hermeneutici, inclusief de voorstanders van een narratieve benadering van de ethiek. Principalisten kunnen immers worden gezien als representanten van het subsumptie- of toepassingsdenken, terwijl hermeneutici daartegenover sterk de nadruk leggen op de uniciteit van de situatie die om een morele interpretatie vraagt. Principalisten vertrekken vanuit de algemene regel, opgevat als plicht of als verdelingsnorm, terwijl hermeneutici de nadruk leggen op de concrete situatie, daarbij de aandacht vestigend op het belang van deugden en van praktische wijsheid (phronèsis). Het gaat hier om een debat dat momenteel levendig is en waarvan de ontwikkeling kan worden geïllustreerd aan de hand van het verschil tussen de derde en de vierde editie van Beauchamp & Childress' *Principles of Biomedical Ethics*.⁵⁵

Allereerst valt op dat in beide edities wordt gewerkt met een onderscheid tussen typen van morele oordelen dat sterke verwantschap vertoont met het door ons gehanteerde onderscheid in vier niveaus. Zo onderscheiden Beauchamp & Childress tussen bijzondere oordelen, regels, principes en ethische theorieën. Het gaat hier om een reeks die van het bijzondere opklimt naar het algemene en die grosso modo overeenkomt met het onderscheid tussen het alledaagse (bijzondere oordelen), het klinische (regels), het vakwetenschappelijke (principes) en het filosofische niveau (ethische theorieën).⁵⁶

In beide edities hanteren de auteurs voorts een dialectische benadering waarin de deductieve toepassing van principes en regels wordt gecombineerd met een inductieve wijze van rechtvaardigen van more-

le oordelen.⁵⁷ Met dit laatste wordt bedoeld op het feit dat morele overtuigingen ten aanzien van een bepaalde situatie worden gerechtvaardigd door een beroep te doen op een regel die op de betreffende situatie betrekking heeft; terwijl deze regel op zijn beurt wordt gerechtvaardigd door achterliggende principes, en deze laatste door ethische theorieën. Anderzijds moeten de principes en regels hun geldigheid bewijzen in hun praktische toepasbaarheid. Deze dialectische benadering impliceert dus zowel een afwijzing van een deductivistisch toepassingsmodel, waarin het primaat bij de theorie ligt, als een relativering van de inductivistische ethiek die regels hoogstens als afgeleide van concrete situaties ziet en het primaat bij de concrete situatie legt. De redenen die de auteurs geven, vooral met betrekking tot het toepassingsmodel, komen overeen met de in dit en het vorige hoofdstuk ontwikkelde argumentatie.⁵⁸

Ondanks dit pleidooi voor een twee-richtingen benadering valt het accent in de derde editie echter toch sterk op de ethische theorie.⁵⁹ Het leeuwendeel van dit werk bestaat uit een bespreking van de bekende vier principes: weldoen, niet-schaden, autonomie en rechtvaardigheid. Het verwijt van 'principalisme' dat dit werk ten deel viel, was dus ten dele gerechtvaardigd: het accent lag bij de principes, ondanks de erkenning dat principes kunnen en moeten worden bijgesteld door de morele ervaring.

De veranderingen in de vierde editie zijn weliswaar graduueel, maar daarom niet minder belangwekkend in verband met de hier voorliggende vraag, namelijk hoe een ethiek die zichzelf opvat als een variant van klinische expertise, haar criteria en procedures voor morele beoordeling dient te ontwikkelen. Allereerst ligt nu ook bij Beauchamp en Childress meer de nadruk op het feit dat morele reflectie in de klinische praktijk begint. De auteurs vestigen in dit verband de aandacht op het belang van 'considered judgments', dat wil zeggen op oordelen die berusten op plausibele intuïties of op normen die door verreweg de meeste mensen als vanzelfsprekend worden aanvaard.

Vervolgens wijden zij belangwekkende passages aan het *specificeren* van morele principes, dat wil zeggen aan het definiëren welke handelingen en situaties wel en welke niet onder een bepaalde norm vallen. De onhelderheid van veel morele discussies vloeit volgens hen voor een belangrijk deel voort uit het onvoldoende specificeren welke normen men op welke situaties van toepassing acht.⁶⁰ Het gaat hier om een uitermate complex proces van afwegen. Want om abstracte principes te kunnen verbinden met concrete richtlijnen voor het handelen, moet met een grote diversiteit van factoren rekening worden

gehouden: efficiëntie, acceptatie door de patiënt, institutionele regels, allerlei bestaande wet- en regelgeving en onzekerheid over de risico's van een bepaalde handelwijze.

Ten derde. De complexiteit van dit afwegingsproces doet een beroep op het vermogen tot morele onderscheiding (*moral discernment*). Beauchamp en Childress blijken in de vierde editie meer oog te hebben gekregen voor het belang van de aristotelische 'phronèsis' en voor de deugden die met de uitoefening van dit vermogen zijn verbonden:

"Principes vereisen oordeel(svermogen), dat op zijn beurt afhankelijk is van iemands karakter, moreel onderscheidingsvermogen, en iemands besef van verantwoordelijkheid en vermogen om rekenschap af te leggen" (vert. G.G.).⁶¹

Aan de andere kant houden zij vol dat praktische wijsheid wel een bepaalde richting aan het handelen geeft, maar in situaties waarin er sprake is van conflicterende normen en belangen vaak toch te weinig houvast geeft. Principes zonder deugden leiden tot een kil en ongeïnspireerd leven, deugden zonder principes tot een vervaging van de morele discussie. Beide sluiten elkaar niet uit, maar in. Moreel onderscheidingsvermogen heeft juist ten aanzien van de principes een belangrijke functie, doordat ze ons in staat stelt te begrijpen *dat* èn *hoe* een bepaald principe in het concrete geval relevant kan zijn.

Tenslotte, en hier gaat het meer om een nadere uitwerking dan om een verschil met de derde editie, vestigen de auteurs de aandacht op de beperkingen van het door hen voorgestane model van ethische reflectie. Dit model geeft wel houvast als het gaat om het rechtvaardigen van een bepaalde handelwijze, maar zegt daarmee op zich nog niets over de vraag of die handelwijze vervolgens ook als waar, juist of rechtvaardig kan worden aangemerkt. De benadering die Beauchamp en Childress voorstaan, legt de nadruk op de *coherentie* (logische samenhang) van morele reflectie. Ze beschrijft een *procedure* die ons in staat stelt om moreel relevante noties op de verschillende niveaus van reflectie ter sprake te brengen. Ook schetst ze een kader waarin deze noties ten opzichte van elkaar in balans kunnen worden gebracht. Ze pretendeert evenwel niet een visie op 'het goede leven' als geheel te geven.

Op de beperkingen van een dergelijke benadering werd ook door ons meer dan eens gewezen: ze bevestigt de scheiding tussen private en publieke normering en ze loopt de risico's die alle proceduralistische benaderingen kenmerken, namelijk uit te monden in een formalisme waarin de ethiek (uiteindelijk) een externe en wereldvreem-

de aangelegenheid wordt. Beauchamp en Childress verzetten zich weliswaar sterk tegen een dergelijk formalisme, maar hun enige weer kan in dit verband slechts zijn dat wij *feitelijk* het nog over zoveel zaken eens zijn (in casu de *considered judgements*). Hun coherentisme heeft met andere woorden geen oplossing voor verschillen van inzicht die hun oorsprong vinden in de meest fundamentele menselijke drijfveren - drijfveren die door levensbeschouwing en levenservaring worden geïnspireerd. Ondanks dit bezwaar dient hier echter erkend te worden dat het gelijktijdig streven naar coherentie en maximale norm-specificatie ook van realiteitszin getuigt. Niet alleen doet een dergelijke benadering recht aan het gegeven dat we het niet over alles eens zijn en misschien ook nooit zullen worden, ze legt de pijn ook waar die liggen moet: bij de feitelijke verschillen van inzicht in hoe het goede leven er uitziet. Daarnaast hebben Beauchamp en Childress zonder twijfel het gelijk aan hun zijde als zij stellen dat veel conflicten in de praktijk worden opgelost door te preciseren welke normen men in welke mate voor een bepaalde situatie relevant acht.

De suggestie die van dit alles uitgaat is dat we in de klinische situatie van doen hebben met een veelheid van normen en plichten, die een beroep doen op een reeks van deugden en idealen en dat in de morele bezinning een belangrijke rol is weggelegd voor een door ervaring en training gevormd moreel onderscheidingsvermogen. In het volgende hoofdstuk zullen we deze gedachte verder uitwerken.

Noten bij hoofdstuk V

1. Beide punten, nl. dat ziekte een (t.o.v. ziek-zijn) afgeleid begrip is en dat oordelen over het ziek-zijn van evaluatieve aard zijn, worden benadrukt door de Engelse psychiater en filosoof K.W.M. Fulford. Gebruikmakend van het begrip-paar 'illness' (ziek-zijn) en 'disease' (ziekte) stelt hij dat de traditionele visie, volgens welke 'illness' een derivaat van 'disease' is, dringend aan herziening nodig is. Evaluatieve oordelen liggen ten grondslag aan ieder medisch handelen. Derhalve is de geneeskunde 'ethics-based'. Vgl. K.W.M. Fulford, *Moral theory and medical practice*, Cambridge: Cambridge University Press 1989, p. 264 (figuur 1). Vgl. voor een verwante visie ook S. Strijbos, *Het technische wereldbeeld*, Buijten & Schipperheijn: Amsterdam 1988. Strijbos stelt dat de subject/object-relatie (tussen arts en ziekte als object van de geneeskunde) opgenomen is in de arts-patiëntrelatie als subject/subject-relatie.
2. F. Nietzsche noemt waarden, met vooruitziende blik, 'machtsquanta': "Woran mißt sich objektiv der Wert? Allein an dem Quantum gesteigertes und organisierter Macht". In: *Wille zur Macht*, § 674 (Kröner Verlag: Stuttgart, Bd. 78, 1980, p. 451; vgl. ook § 12, p. 16).
3. Het begrip pluralisme is veelzinnig. Het kan zowel beschrijvend als in normatieve zin worden gebruikt. Bovendien kan de term pluralisme, behalve op moreel (of levensbeschouwelijk) pluralisme, ook slaan op cultureel pluralisme en op pluralisme van samenlevingsvormen en -verbanden. Dit onderscheid wordt verder uit-

gewerkt in R. Mouw, S. Griffioen, *Pluralisms and horizons. An essay in christian public philosophy*, Eerdmans: Grand Rapids 1993, pp. 13-19. Vgl. ook Th. de Boer, S. Griffioen (red.), *Pluralisme. Cultuurfilosofische beschouwingen*, Boom: Meppel 1995.

4. Vgl. C. Taylor, *Sources of the self. The making of the modern identity*, Cambridge: Cambridge University Press 1989, hoofdstuk 1 en 2, pp. 3-52.
5. Taylor noemt drie lijnen, een *dualistische* lijn die voortborduurt op het thema van de onafhankelijkheid van het menselijke kennen en kiezen en bijgevolg sterk nadruk legt op de menselijke vrijheid; een *a-religieuze, naturalistische* en *pragmatische* lijn, dat wetenschap als een neutraal beheersingsinstrument ziet; en een *romantische* lijn die de ons omringende natuur als een subject in het groot ziet, een subject waarvan men de weerklank in het eigen innerlijk kan ervaren. Vgl. C. Taylor *a.w.*, pp. 504-512 (zie ook hoofdstuk 18-20); G. Glas, 'Op zoek naar het verbindende. Enkele achtergronden van het verlangen naar spiritualiteit, met name in relatie tot de wetenschap', *Radix*, jg. 21 (1995) nr. 1, pp. 13-31.
6. Overigens zijn het bij Taylor niet alleen individualisering en fragmentarisering die de klok slaan. De verschillende spirituele bronnen aan de hand waarvan de westerse mens zijn identiteit heeft vormgegeven, kunnen als even zovele onderstromen nog steeds worden ervaren en vormen een onderdeel van onze cultuur. Het gaat erom contact te krijgen met de morele 'substantie' van tradities die aan de oppervlakte verdwenen lijken, maar bij nadere inspectie nog steeds actueel zijn en vorm geven aan culturele processen. C. Taylor *a.w.*, pp. 91v., 512-513.
7. Toegankelijke inleidingen in de wijsgerige ethiek zijn: W.K. Frankena, *Ethics*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1973²; J. de Graaf, *Elementair begrip van de ethiek*, Utrecht/Antwerpen: Bohn, Scheltema en Holkema 1986 (vierde herziene druk); A. van Haersolte, *Kleine wijsgerige ethiek*, Deventer: Van Loghum Slaterus 1977; R.M. Hare, *Moral thinking. Its levels, method, and point*, London: Clarendon Press 1981; H.G. Hubbeling, T. Veldhuis, *Ethiek in meervoud*, Assen/Maastricht: Van Gorcum 1985; A. Leijen, *Profielen van ethiek*, Muiderberg: Coutinho 1992; A. McIntyre, *A short history of ethics*, London: Routledge & Kegan Paul 1967. Voor de medische ethiek kan worden verwezen naar: T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press 1994 (vierde druk); R.J.M. Dillmann, E. van Leeuwen, G. Kimsma, *Ethiek in de medische praktijk*, Utrecht: Bunge 1993. Aparte vermelding verdient I.D. de Beaufort, H.M. Dupuis (red.), *Handboek gezondheidsethiek*, Assen/Maastricht: Van Gorcum 1988. Het boek van Beauchamp & Childress wordt zeer veel gebruikt en is als handboek zowel grondig als goed geschreven. Het bevat bovendien veel casuïstiek. Dillmann et al. is uiterst bevattelijk, veel korter en meer inleidend van karakter. Als algemene wijsgerige introductie is Leijen zeer geschikt.
8. Het onderscheid tussen maken ('poiein') en doen ('prassein') is hier van belang. Het product van het maken heeft een bestaan dat los van het productieproces, het maken zelf, kan worden gedacht. Voor doen geldt dit niet. Het doel van het doen ligt in het doen zelf. De ethiek van het goede is van de orde van het doen. Geluk is een manier van leven; vgl. Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1098b 18-22, in: *The complete works of Aristotle* (Ed. by J. Barnes), Princeton: Princeton University Press.
9. De terminologie van interne en externe doelen treffen we zo bij Aristoteles niet aan (ze is afkomstig van MacIntyre), maar de gedachte ligt in zijn betoog wel besloten, zoals uit de voorbeelden van het fluit- en lierspelen blijkt. Het accent valt bij Aristoteles meer op het vinden van een antwoord op de vraag wat het uiteindelijk en hoogste goed is.
10. A. MacIntyre, *After virtue. A study in moral theory*, Notre Dame: University of Notre

- Dame Press 1981, p. 188.
11. Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1095b13 - 1096a5.
 12. Vgl. A. McIntyre *a.w.* (1967), p. 62.
 13. Geluk is de onvermijdelijke, maar niet-adequate vertaling van *eudaimonia*. De student die Aristoteles' colleges volgde, verstond hieronder wat anders dan wij, die geluk identificeren met een toestand waarin het goed met ons gaat, in engere zin een bepaald gevoel. *Eudaimonia* duidt bij Aristoteles zowel op de toestand als het bijbehorende gedrag. Deugd en geluk liggen in elkaars verlengde, ze kunnen niet los van elkaar bestaan. Vgl. MacIntyre, *a.w.* (1967), p. 59.
 14. Aristoteles, *Ethica Nicomachea*, 1106b36 - 1107a2; vgl. ook het zesde boek, met name 1140a24 vv..
 15. Aristoteles trekt wel een parallel met het logische redeneren door te spreken over een praktisch syllogisme. Maar het gaat hier om een analogie: iemands gedragingen vertonen een bepaalde 'logica' die bijvoorbeeld in strijd kan zijn met wat iemand zegt of met andere gedragingen.
 16. H.-G. Gadamer, *Wahrheit und Methode. Grundzüge einer philosophische Hermeneutik*, J.C.B. Mohr: Tübingen 1975⁴, pp. 297-307.
 17. Belangrijke vertegenwoordigers van een op de deugdenethiek gebaseerde benadering zijn E.D. Pellegrino en D.C. Thomasma, bijvoorbeeld in hun boek *For the patient's good*, Oxford: Oxford University Press 1988. Pellegrino en Thomasma grijpen daarbij terug op het werk van MacIntyre.
 18. Vgl. Pellegrino, Thomasma *a.w.*, p. 123.
 19. Kants opvattingen zijn te vinden in *Grundlegung zur Metaphysik der Sitten* (1785) en in de *Kritik der praktischen Vernunft* (1788).
 20. Het onderstaande is schatplichtig aan A. Leijen, *Profielen van ethiek: van Aristoteles tot Levinas*, Coutinho: Muiderberg 1992, pp. 87vv.
 21. De afstand tussen Aristoteles en Kant wordt hier goed voelbaar. Door teleologie te verbinden met de idee van een vreemde wet wordt duidelijk dat voor Kant niet langer vanzelfsprekend is wat voor Aristoteles wel vanzelfsprekend was, namelijk dat de praktijken een innerlijke teleologie hebben.
 22. Dit punt wordt ook door Dooyeweerd benadrukt wanneer hij het ethische aspect van de werkelijkheid bespreekt; vgl. H. Dooyeweerd, *A new critique of theoretical thought*, dl. II, Amsterdam/Paris/Philadelphia: Presbyterian and Reformed Publ. Comp. 1953-1958, pp. 140vv.
 23. Zie voor het vervolg met name *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, BA 1-18, 49-52; vgl. ook 62-88, 99-128.
 24. Merk op dat Kant hier opnieuw verschilt van Aristoteles. Deze laatste vatte de *Klugheit*, in de zin van prudentia of phronësis, juist op als de kern van het morele handelen. Bij Kant is er sprake van een sterke versmalling van wat als moreel handelen telt.
 25. Vgl. *Grundlegung der Metaphysik der Sitten*, BA 52. In deze tekst duikt even later nog een andere formulering van de categorische imperatief op: "Handel zo dat je de mensheid [in de zin van humaniteit] in jezelf en in anderen nooit alleen als middel, maar ook altijd als doel in zichzelf betracht" (*Grundlegung*, BA 67).
 26. A. MacIntyre *a.w.* 1967, p. 198.
 27. T. Beauchamp, J. Childress (p. 59) noemen Alan Donagan, met name diens *The theory of morality*, en John Rawls. Het werk van Rawls, waarop wij in de volgende paragraaf nog terugkomen, ademt wel een kantiaanse sfeer en denkwijze, maar kan als een vorm van contract-denken toch niet echt als kantiaans worden aangemerkt. Dat is ook de reden dat wij Rawls in het kader van het utilisme bespreken. Donagan wil de filosofische kern van de joods-christelijke traditie bewaren, maar dan in gesecculariseerde vorm en op basis van een kantiaans model van personen als doelen-in-zichzelf.

28. Vgl. voor dit thema ook R. Veldhuis, 'Rechten - de moraal van de toekomst?', in: H.G. Hubbeling, R. Veldhuis (red.), *Ethiek in meervoud*, Assen/Maastricht: Van Gorcum 1985, pp. 81-115.
29. Zo bijvoorbeeld T. Beauchamp, J. Childress *a.w.*, p. 74. Men spreekt in dit verband ook wel van 'supererogatory duties' (plichten die boven datgene uitgaan waartoe ik rechtens verplicht ben).
30. Een duidelijk voorbeeld hiervan treffen we opnieuw bij T.L. Beauchamp, J.F. Childress *a.w.*, p. 74.
31. Vgl. D. Hume *A treatise of human nature* (1739-1740), Boek III, deel 3, sectie 1. Penguin Classics, pp. 625 vv. (vgl. ook Boek III, deel 1 sectie 1 en 2, pp. 327-331).
32. D. Hume *a.w.*, Boek II, deel 3, sectie 3 (pp. 460-465; op p. 462 is ook de veel geciteerde uitspraak over de rede als slaaf van de passies te vinden).
33. J. Rawls, *A theory of justice*, Oxford: Oxford University Press 1971 (vgl. o.a. pp. 17-22, 60-65, 95-100, 108-114, 130-142, 175-183). Voor een heldere samenvatting, vgl. G. Manenschijn, 'Contracttheorieën van morele verplichting', in: H.G. Hubbeling, R. Veldhuis *a.w.*, p. 48-80.
34. Vgl. J. Rawls *a.w.*, p. 136 vv.
35. De vraag of dit een empirische of een normatieve kwestie is, speelt bijvoorbeeld bij de politieke vertaling van de ideeën van Rawls. Zo heeft het werk van Rawls in leidende kringen in de Partij van de Arbeid lange tijd grote populariteit genoten, vermoedelijk vooral omdat het een niet-ideologische fundering poogt te geven voor een sociaal-economisch beleid ten gunste van de zwakkeren in de samenleving. De vraag is, zoals uit recente discussies blijkt, of een dergelijke rationaliserende benadering op den duur het sociale ethos niet uithoelt en de sociale, morele en politieke waarden van een partij terugschroeft tot het punt dat ze nauwelijks meer herkend kunnen worden.
36. In dit verband moet gewezen worden op de atomisering van het beeld van de samenleving in de Verlichtingsfilosofie. Hobbes, Locke en Rousseau zagen de maatschappij als een verzameling losse individuen. Hobbes legt daarbij uitdrukkelijk een relatie met de opkomende mathematica en mechanica: net zoals deze wetenschappen de werkelijkheid tot in de kleinste deeltjes ontleden en vervolgens aan de hand van wetenschappelijke regels weer opbouwen, moet ook de maatschappij van losse individuen (atomen) weer opgebouwd worden aan de hand van de regels van het sociale contract. Leijen trekt in dit verband een parallel met de industrialisatie en de opkomst van het kapitalisme. Kapitaal en goederen zijn in een industrialiserende wereld algemeen beschikbaar en niet meer gebonden aan concrete individuen in hun particuliere situatie. Dat was anders in de landbouweconomie van de eeuwen daarvoor. Geld wordt een universeel ruilmiddel. "Aldus brengt de moderne economie een wereld tot stand van volstrekte inwisselbaarheid, een wereld waarin atomaire individuen verschijnen op een openbare markt, elkaar aantrekken en afstoten naar gelang de kansen en mogelijkheden van het moment" (Leijen *a.w.*, p. 74).
37. We willen, ter verfijning van onze tekening van het utilisme, nog wijzen op het verschil tussen act- en regelutilitarisme. Het *act-utilitarisme* legt vooral de nadruk op individuele handelingen: die handeling is goed waarvan de consequenties het meeste geluk brengen. In een strikt *act-utilitaristische* benadering wordt iedere handeling op zichzelf beoordeeld en wordt bijgevolg het bestaan van morele regels verworpen. De meeste utilisten gaat dit te ver. Zonder regels wordt het menselijk leven toch wel erg ingewikkeld. Het in iedere situatie opnieuw beoordelen van een handeling is niet alleen een tijdrovende zaak, het gaat ook voorbij aan het feit dat mensen van hun ervaringen leren en dat dit leerproces neerslaat in de vorm van allerlei gewoontes, verwachtingen, afspraken en regels. Het *regel-utilitarisme* legt de nadruk op dit laatste, door te stellen dat die handelingen goed

- zijn die beantwoorden aan bepaalde morele regels - regels die op hun beurt moeten worden getoetst aan de norm van de geluksmaximalisering.
- Binnen het regelutilitarisme bestaan er ook weer varianten. Zo is er een variant die morele regels als *voorwaardelijk* en een variant die deze regels als *onvoorwaardelijk* opvat. Deze laatste variant stelt dat binnen een bepaalde institutionele praktijk bepaalde regels onvoorwaardelijk gelden. Onvoorwaardelijk betekent hier dat als *genoemde regels ophouden te gelden dat dan ook de institutionele praktijk ophoudt te bestaan* - zoals het schaakspel ophoudt te bestaan als de spelregels worden opgeheven. Binnen dergelijke praktijken kunnen de regels dus niet veranderd worden. Vanuit een meta-perspectief kunnen ze echter wel beoordeeld worden op hun nut. Dergelijke meta-ethieken kunnen dicht tegen deontologische benaderingen aan komen te liggen, bijvoorbeeld wanneer, zoals bij Rawls, nut vertaald wordt in termen van rationaliteit en rationeel handelen.
38. Zo bijvoorbeeld R.M. Veatch, 'The physician as stranger: the ethics of the anonymous patient-physician relationship', in: E.E. Shelp, *The clinical encounter. The moral fabric of the patient-physician relationship*, Dordrecht: Reidel Publ. Comp 1983, pp. 187-207.
 39. "Morele conflicten zijn meestal belangenconflicten", aldus H.M. Dupuis, in: I.D. de Beaufort, H.M. Dupuis, *Handboek gezondheidsethiek*, Assen/Maastricht: Van Gorcum 1988, p. 10.
 40. M. Verkerk, 'Zorg of contract: een andere ethiek', in: H.M. Manschot, M. Verkerk, *Ethiek van de zorg: een discussie*, Boom: Amsterdam 1994, pp. 53-73.
 41. *Zelfs onze formulering van zojuist, dat de mens een relatie tot het goede onderhoudt*, zou bij Levinas op bezwaren stuiten. Kenmerkend voor het goede, de Ander, is dat deze op geen enkele wijze te plaatsen is, zeker niet in termen van relaties die het goede een te identificeren plaats in een systeem van denken zouden geven.
 42. Jonas werd geboren in 1903 en studeerde bij Husserl, Heidegger en Bultmann. In 1933 vlucht hij naar Palestina. In 1949 verhuist hij naar Canada en in 1955 naar de Verenigde Staten. Aanvankelijk is Jonas vooral bekend geworden vanwege zijn werk over de gnostiek, in Amerika nadien vooral vanwege zijn werk over de filosofie van de biologie en de ethische aspecten van de technologie. In februari 1993 is Jonas overleden. Hij bezocht op uitnodiging samen met enkele andere geleerden onze vorstin in 1991 en inspireerde haar tot haar kersttoespraak over gen-technologie van dat jaar. Jonas' belangrijkste ethische geschrift is *Das Prinzip Verantwortung. Versuch einer Ethik für die technologische Zivilization*, Suhrkamp: Frankfurt am Main 1979/1984.
 43. Jonas spreekt in dit verband over vulgarisering van de ethiek; vgl. H. Jonas *a.w.*, p. 231.
 44. Vgl. voor een overzicht en klassiek reformatorische replek J. Douma, *Natuurrecht - een betrouwbare gids?*, De Vuurbaak: Groningen 1978.
 45. Vgl. voor het onderhavige punt D.K. Clark, R.V. Rakestraw (Eds.), *Readings in christian ethics. Vol. I: theory and methods*, Baker Books: Grand Rapids 1994, pp. 21w., 69vv.
 46. Thomas stelde dat God noodzakelijk zijn eigen goedheid wil. Zijn goedheid vloeit met andere woorden voort uit zijn essentie, in die zin dat Hij niet anders kan dan zijn goedheid te willen. Gods wil is uitdrukking van zijn essentie. Daarmee wordt de ethiek gevrijwaard van willekeur en worden God geen beperkingen opgelegd die strijdig zijn met zijn almacht. Gods almacht ligt immers besloten in zijn essentie. Voor een nadere uiteenzetting, vgl. R. te Velde (red.), *Thomas over goed en kwaad*. Ambo: Baarn 1993.
 47. Bijvoorbeeld in de kritiek van J. Douma op H.M. Kuitert. Kuitert wijst een voluntaristische benadering van de ethiek af. Zeggen dat het goede goed is omdat God

het wil, betekent dat de menselijke wil zich moet onderwerpen aan een wil van hogerhand. Een dergelijke heteronomie denatureert volgens Kuitert het zedelijke handelen. Moreel handelen kan slechts een handelen uit innerlijke verplichting zijn (n.b.: verwantschap met Kant). Dat God het goede wil omdat het goed is, de contraire stelling, interpreteert Kuitert nu zo dat het goede dat God wil, niets anders is dan wat wij mensen moreel verplichtend vinden. Gods wil en het gehele van onze morele verplichtingen zijn één en dezelfde zaak. Douma wijst deze gedachte als een vorm van gesecculariseerd natuurrecht af. Zelf kiest hij voor een middenpositie: "... [wij] belijden dat het goede goed is omdat Hij het wil, zonder daarmee in de willekeur van het voluntarisme te vervallen. Want met een kleine, maar beslissende wijziging nemen wij ook de andere stelling over: God wil het goede omdat (niet *het*, maar) *Hij* goed is". J. Douma *a.w.*, p. 72. Vgl. H.M. Kuitert, *De wil van God doen*, in: *Ad Interim. Opstellen over eschatologie, apocalypiek en ethiek aangeboden aan prof.dr. R. Schippers*, Kampen (z.j.), p. 180vv. (aangehaald via J. Douma *a.w.*, pp. 71, 93).

48. Dat wij hier niet dieper ingaan op het werk van orthodox-protestantse theologen zoals J. Douma en W.H. Velema heeft te maken met het feit dat beider werk typisch theologisch is. Wij concentreren ons hier om methodische redenen op de wijsgerige vraagstelling, zoals dat ook het geval was in onze bespreking van andere ethische stromingen. Dit laat onze sympathie voor beider werk onverlet.
49. We moeten hier preciezer formuleren. Troost onderscheidt namelijk tussen praxeologie en ethiek. *Praxeologie* is *wijsgerige* ethiek, terwijl *ethiek* de *vakwetenschap* is die zich bezighoudt met het ethische aspect van de werkelijkheid, dat gekenmerkt wordt door het zinnmoment van de liefde. Aan dit ethische aspect kan een wets- en een subjectszijde worden onderscheiden, dat wil zeggen een normatieve en een antwoord-kant. Praxeologie is toegepaste filosofie noch 'praktische' filosofie. Ze is een thema uit de systematische wijsbegeerte en ligt in het verlengde van de *wijsgerige antropologie*. Deze praxeologie is christelijk doordat ze haar normatieve inspiratie buiten zichzelf vindt. Deze normativiteit omvat meer dan de bijbelse geboden. Het onderzoeksgebied van de praxeologie dient dan ook niet te worden ingesnoerd tot de goddelijke openbaring in de Schrift (deze is het domein van de theologische ethiek). Vgl. A. Troost, *Prolegomena* (deel I van Praxeologie, inleiding tot de wijsgerige en sociale ethiek), Amsterdam: Vrije Universiteit 1980 (collegedictaat); en A. Troost, *The christian ethos - a philosophical survey*. Bloemfontein: Patmos 1983, pp. 1-13.
50. Het onderzoeksveld van de praxeologie omvat ondermeer
 - het *ethos* als dieptedimensie van de menselijke actstructuur;
 - *disposities* die in de zogenaamde actstructuur gefundeerd zijn en die het handelen bepalen;
 - en de normativiteitstheorie die de gelding en positivering onderzoekt van de *principes* die aan normatieve 'situatie-structuren' ten grondslag liggen.
 Zie A. Troost *a.w.* 1980, p. 19.
51. Vgl. R.J. Mouw, *The God who commands*, Notre Dame: University of Notre Dame Press, Indiana 1990.
52. R.J. Mouw *a.w.*, p. 31.
53. Vgl. R.J. Mouw *a.w.*, pp. 150-175. Mouw noemt zijn ethiek daarom ook niet *heteronoom*, maar *theonoom*. Afwijzing van autoritaire modellen en nadruk op God als verbondspartner gaan hier hand in hand. Heteronomie wordt nu eenmaal, of men dit nu wil of niet, geassocieerd met geboden die extern (van buitenaf komend) en autoritair zijn. Het gaat in het gebod echter niet primair om het gebod zelf maar om de eer en de heerlijkheid van de Gebieder. Het gehoorzamen aan de geboden sluit menselijke zelfwerkzaamheid en creativiteit niet uit, maar in. Gods geboden hebben geen gezag omdat ze van boven of van buiten

- komen, maar omdat ze van God komen. God is verbondsgod, Hij is geen vreemde despoet. In aansluiting aan Tillich en Bavinck opteert Mouw daarom voor de term theonomie (*a.w.*, pp. 17-19).
54. - R.J. Mouw *a.w.*, p. 148.
 55. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, New York/Oxford: Oxford University Press 1989, derde editie; resp. 1994, vierde editie.
 56. Beauchamp & Childress noemen de principes niet vakwetenschappelijk, maar uit hun bespreking wordt wel duidelijk dat de principes een graad van abstractie hebben die overeenkomt met het vakwetenschappelijke kennen. Het zijn context-onafhankelijke algemene regels. Ten aanzien van de specifieke morele oordelen doelen genoemde auteurs op oordelen in de concrete praktijk van het klinisch handelen. Naar de letter hebben ze dus betrekking op het klinische niveau, maar qua graad van abstractie gaat het om oordelen die overeenkomen met het niveau dat wij als 'alledaags' hebben aangeduid.
 57. T.L. Beauchamp, J.F. Childress *a.w.*, derde editie p. 16; vierde editie pp. 14v., 23.
 58. Er is ook volgens Beauchamp & Childress geen context-vrije orde van afhankelijkheid tussen morele oordelen op de verschillende niveaus. Abstracte regels hebben een zekere onbepaaldheid als het gaat om de vraag op welke situaties ze precies betrekking hebben. Bovendien zijn in de praktijk vaak meerdere theorieën van toepassing op een bepaalde situatie. Het laten prevaleren van de ene theorie boven de andere kan niet worden gerechtvaardigd door de theorie zelf.
 59. "Far from defaulting ethical theory because of its abstractness, our account of biomedical ethics views theory as central", aldus Beauchamp, Childress in *a.w.* (derde editie), p. 21.
 60. Zo citeren Beauchamp en Childress een onderzoek waarbij gekeken werd hoeveel artsen bereid waren om bij een routine screening voor borstkanker op het desbetreffende formulier voor de verzekeringsmaatschappij 'uitsluiten borstkanker' te zetten, in plaats van 'routine screening' - waarbij van belang was dat 'routine screening' geen vergoeding zou betekenen en 'uitsluiten borstkanker' wel. Zeventig procent van de artsen bleek hiertoe bereid en vijfentachtig procent van deze groep bleek dit niet als misleiding op te vatten. De onderzoekers hanteerden als definitie voor misleiding: ervoor zorgen dat een ander iets gaat geloven dat niet waar is. De artsen bleken misleiding anders te definiëren. Uit het onderzoek werd niet duidelijk hoe anders. Mogelijk meenden ze dat van misleiding alleen sprake is als de andere partij het recht op bepaalde informatie heeft en dat een verzekeringsmaatschappij die onrechtvaardige criteria hanteert dit recht verspeelt. Of misschien begrepen ze het verbod op misleiding als een verbod om te misleiden ten eigen bate of als een verbod om te misleiden wanneer misleiding de ander schaadt. Of misschien woog het belang van de patiënt zo sterk dat het kleine kwaad van de misleiding daarmee ophield een situatie te zijn waarop het verbod van toepassing was. Vgl. T.L. Beauchamp, J.F. Childress *a.w.* (vierde editie), pp. 28-32 (het voorbeeld staat op pp. 29-30).
 61. Vgl. T.L. Beauchamp, J.F. Childress *a.w.* (vierde editie), pp. 462; vgl. over 'moral discernment' ook pp. 468-469.

Christelijke medische ethiek als verantwoordelijkheidsethiek

1. Inleiding

We hebben eerder ethiek omschreven als een systematische bezinning op het verantwoord handelen van de mens (hfdst. III). Tevens stelden we in hoofdstuk III dat verantwoord medisch handelen, het handelen is dat beantwoord aan de constitutieve regels van de medische praktijk. Diverse typen van constitutieve regels voor de medische praktijk, en hun onderlinge verhouding, werden in kaart gebracht en sommige typen regels zijn nader besproken. Toch bleef de typering van de constitutieve zijde van de medische praktijk nog tamelijk formeel; er werd meer gesproken over de kenmerkende aard van bepaalde constitutieve regels dan over de specifieke inhoud van die regels. Wel werd duidelijk dat in de concrete praktijkuitoefening de constitutieve regels worden geïnterpreteerd en ingevuld vanuit de regulatieve zijde van de medische praktijk. Anders gezegd, de normatieve *structuur* van de praktijk bleek haar normatieve *invulling* en richting vanuit de regulatieve zijde te krijgen. Maar op de inhoud van deze regels werd niet nader ingegaan. Ook is niet verder systematisch uitgewerkt op grond waarvan die regels hun inhoud krijgen. Dit willen we in dit hoofdstuk gaan doen voor de ethische regels. Het gaat ons hier dus om de vraag: Waarop baseren we de normatieve inhoud van de constitutieve regels en in het bijzonder van de ethische constitutieve regels? Anders gezegd, het gaat in dit hoofdstuk om een uiteenzetting van de inhoudelijke overtuigingen op grond waarvan het handelen moreel kan worden verantwoord. We gaan daarbij uit van een algemeen niveau dat evenwel wordt toegespitst op handelen binnen de medische praktijk.

Het betoeg begint met een korte uiteenzetting waarom wij ethiek opvatten als de bezinning op verantwoord handelen. Waarom staat het begrip verantwoordelijkheid in onze ethiek centraal? Vervolgens zullen we de term 'verantwoord handelen' nader analyseren vanuit twee elkaar aanvullende benaderingen. In het vorige hoofdstuk kwam naar voren dat de belangrijkste normatieve ethische theorieën zich

richten op een bepaald facet van het handelen. We zullen deze verschillende facetten in de eerste plaats trachten te verbinden met onderscheiden dimensies van het begrip verantwoordelijkheid. Vervolgens zullen we aanknopen bij het eveneens gangbare inzicht dat in de ethische bezinning op het handelen, afgezien van het concrete handelen zelf, drie abstractieniveaus kunnen worden onderscheiden. In de tweede plaats zullen we pogen te laten zien dat zowel het onderscheid als de samenhang tussen de diverse niveaus van belang zijn voor de helderheid van de bezinning en de verantwoording van een concreet ethisch oordeel. Wij trachten deze twee analysekaders in één model te integreren. Inzichten uit voorafgaande hoofdstukken zullen daarbij worden betrokken. De bedoeling is niet het inhoudelijk uitwerken van ethische standpunten, maar het verwoorden van de levensbeschouwelijke en normatieve inzichten op grond waarvan men in de medische praktijk kan komen tot een ethisch oordeel en dat kan verantwoorden.

2. Antwoord als opgave

De mens in deze wereld aanvaardt zijn eigen bestaan en de werkelijkheid waarin hij leeft nooit zondermeer zoals die zich aan hem voordoen. Hij is voortdurend bezig met anderen, met zichzelf en met de wereld om zich heen. Het leven en overleven gaat niet vanzelf. De drang tot overleven, maar ook zijn menselijke aard noodzaakt en nodigt hem te *antwoorden* op de uitdagingen die het bestaan in deze geschapen, maar nu geschonden wereld hem stelt.¹ We zouden *verantwoordelijkheid* in deze brede zin kunnen zien als een antropologische structuur.² Zo vanuit de ervaring gezien is verantwoordelijkheid in eerste instantie een gegeven, nog voordat zij een morele opgave is. Deze antwoordstructuur van de mens brengt mee dat de mens niet *niet* kan antwoorden. Maar in tweede instantie gaat het er bij verantwoordelijkheid ook altijd om op welke wijze de mens antwoordt. Hij doet dit vanuit een betrokkenheid op iets waarvan hij meent of vermoedt dat het de uiteindelijk bepalende werkelijkheid is die zijn bestaan inhoud en zin geeft. Dit kan zijn de God die Zich in de Bijbel openbaart of iets uit de zichtbare of de onzichtbare werkelijkheid, hetzij iets in of van de mens (zijn denken of kunnen), iets in de omringende werkelijkheid (bijv. de kosmos, de cirkelgang van de natuur). Een godsdienst, een levensbeschouwing of ideologie behelst de verwoording van die als religieus te beschouwen betrokkenheid op wat als diepste werkelijkheid wordt gezien. Ieder mensenleven kan zo worden gezien als een ten diepste religieus bepaald antwoorden.

Het hierboven in algemene termen verwoorde antwoord-karakter van het menszijn is gefundeerd in het gegeven dat God door het Woord alles wat er is, ook de mens, tot aanzijn heeft geroepen (Genesis 1; Psalm 33:6-8). De mens is geschapen naar het beeld van God, wat onder meer wil zeggen, in de betrekking met God (vgl. hfdst. II, § 2). De gestalte van die betrekking is het woord, het gesprek. Het Woord waardoor alles tot stand is gebracht en die Zich in de Schriften openbaart, wordt in Johannes 1:1-3 vereenzelvigd met de Zoon van God, de eeuwige Wijsheid Gods (Spreuken 8) die vlees is geworden in Jezus. De auteur van de Schepping is dezelfde als de auteur van de Heilige Schrift en is mens geworden in Jezus Christus.³ De orde, dit is de harmonie, en de bestemming van de schepping corresponderen dan ook met de ethische implicaties van de Bijbel en met het voorbeeld en het onderwijs van Jezus (vgl. Colossenzen 1:15-23; Hebreeën 1:1-3).

De mens die is geschapen naar Gods beeld, beheert ook de schepping door het woord. Adam benoemt de dieren. Op deze wijze geeft hij, om zo te zeggen, antwoord op gestalten van het woord Gods die hem in de dieren tegemoet treden. Zoals het lezen van een geschreven taal het herkennen inhoudt van taalstructuren, woorden, zinnen, grammaticale constructies, etc., zo houdt het 'lezen' van de schepping het herkennen in van de orde die voor de schepping geldt, om daaraan in het leven gestalte te geven. Mensen zijn geroepen om vanuit hun gesprek met God en met elkaar, door middel van het 'gesprek' tussen mens en geschapen werkelijkheid, de schepping naar vermogen tot haar bestemming te brengen. Die 'gesprekken' kunnen alleen goed verlopen als de bestemming en de orde die geldt, worden herkend en erkend. Deze orde is niet statisch, maar dynamisch en harmonisch. Ze zou vergeleken kunnen worden met een muzikale compositie, een partituur die om interpretatie en uitvoering vraagt, die het concrete leven is. De interpretatie en persoonlijkheid van de uitvoerder vervullen daarbij een belangrijke rol.

God is liefde (I Johannes 4); deze liefde is primair de gezindheid die de schepselen tot hun recht, hun bestemming wil laten komen en zich hiervoor verantwoordelijk stelt. Deze liefde is niet in de eerste plaats een gebod, maar zijnswijze van de mens zoals hij door God is geschapen. De liefde is als het ware de sfeer, het levenselement waarin God de mens als mens schiep.⁴ Ze brengt mee dat de mens is geroepen de schepselen tot hun bestemming te brengen op een wijze die uiting geeft aan die liefde; dit is de wijze waarop God dat doet, namelijk door het woord.

Evenwel, de mens heeft het Woord verkeerd beantwoord, het

gesprek met God verbroken en de relatie van liefde met God verstoord. Ook de aanspraak vanuit de schepping is de mens verkeerd gaan beantwoorden, namelijk op een wijze die de geschapen orde, waartoe ook de mens zelf behoort, niet erkent maar geweld aandoet (Genesis 3, 1-7; Romeinen 1, 18-23; vgl. hfdst. II, § 3). Daarom zijn de oorspronkelijke orde en bestemming, die ten diepste nog altijd gelden, niet meer inzichtelijk voor de mens, maar heeft hij de verwoording daarvan in de Woordenopenbaring, in het gebod. Dit gebod beantwoordt dan ook aan de oorspronkelijke scheppingsharmonie en is gericht op de realisering daarvan, al wordt dat in de gebrokenheid van het bestaan en in de verbijstering die dit bij mensen kan oproepen, vaak niet meer of slechts moeilijk ervaren. Het gebod, of beter, Gods aanwijzing ten leven, is erop gericht de orde van de liefde weer te herstellen. Er is in de Schrift dan ook geen tegenstelling tussen gebod en de liefde. De liefde is de vervulling, niet de opheffing van het gebod (Mattheüs 5:17-19; Johannes 14:15, 21; 15:10, 14). Door Jezus wordt ook een nauw verband gelegd tussen Hem liefhebben en blijven in zijn Woord. De liefde als levenselement en de antwoordstructuur van de mens hangen dan ook nauw samen, zijn als het ware elkaars keerzijde. Het Evangelie van Jezus Christus stelt de mogelijkheid van herstel van de mens in deze scheppingsorde en wijst aan op welke wijze nu een eerste begin van dat herstel zichtbaar kan worden.

De antwoordstructuur van de mens en van de geschapen werkelijkheid geeft reden om het begrip verantwoordelijkheid centraal te stellen in de bezinning op normativiteit waaraan de mens in zijn handelen moet beantwoorden. Deze verantwoordelijkheid in algemene zin krijgt in diverse levensverbanden en 'praktijken' een specifieke toespitsing. De inhoud van de verantwoordelijkheid in een bepaald verband of praktijk wordt in eerste instantie bepaald en begrensd door het geheel van normatieve regels dat geldt voor de betreffende praktijk. Daarnaast is een mens ook verantwoordelijk voor de wijze waarop hij de regels van de praktijk in concreto gestalte geeft en de wijze waarop de diverse praktijken en verbanden waarin hij verantwoordelijkheden op zich heeft genomen (bijvoorbeeld beroep, gezin, vrijwilligerswerk), zich in het leven tot elkaar verhouden (hfdst. III, § 5.2). De mens geeft ook deze onderscheiden verantwoordelijkheden onvermijdelijk gestalte vanuit een breder verstaan van zijn leven in deze wereld, vanuit datgene wat hij als bepalende, zingevende werkelijkheid ziet (zie ook hfdst. III, § 2.3 en 4). Op dit vlak van zingeving moet volgens Engelhardt zelfs de belangrijkste bijdrage van de theologie aan de bioethiek gezocht worden. De theologie - wij zouden zeggen het geloof - vermag volgens hem wat de filosofie niet kan, maar

wat de mens wel zoekt, namelijk een zingevende visie op het bestaan waarin ook plaats is voor lijden en dood.⁵ Het is dan ook alleszins gerechtvaardigd dat christenen zich voor hun visie op normativiteit en verantwoordelijkheid uiteindelijk beroepen op hun geloofsovertuigingen. Iedereen doet dat impliciet of expliciet. Wel doemt in de praktijk van onze samenleving hier het vraagstuk op van de pluriformiteit in levens- en geloofsovertuigingen. We komen hierop later nog terug.

3. Handelen en verantwoordelijkheid

3.1 Drie perspectieven

Ethiek is de bezinning op het verantwoord handelen, op het handelen dat beantwoordt aan de wijze waarop mens en wereld zijn bedoeld. Dat handelen is belichaming van het goede. In het handelen kunnen drie elementen worden onderscheiden. Dit zijn de *persoon* die handelt, de *handeling* zelf en het *doel* dat ermee wordt beoogd ofwel de *gevolgen* die worden verwacht. Elk van deze elementen geeft een eigen perspectief op de handeling.

Vanuit de handelende persoon is er het *actor-perspectief*. Wanneer de nadruk valt op het moment van beslissen, krijgt dit actor-perspectief een existentieel karakter. Maar wanneer we meer het levensverhaal van de actor benadrukken, kunnen we ook spreken van een biografisch, narratief perspectief. Bijvoorbeeld counseling van een echtpaar waarvan man en vrouw drager blijken te zijn van een afwijking die bij een eventueel kind tot een ernstige erfelijke ziekte leidt, behoort tot het *professionele handelen van klinisch-genetici*. Maar een arts-in-opleiding die een broer aan diezelfde ziekte heeft verloren zal zo'n gesprek anders voeren dan een ervaren klinisch-geneticus zonder een dergelijke persoonlijke ervaring. In onze uitwerking van dit perspectief zullen we meer aansluiten bij dit narratief actor-perspectief dan bij het beslissingsmoment, omdat dit beter past bij een deugden-ethiek en de vorming tot een deugdzaam leven.

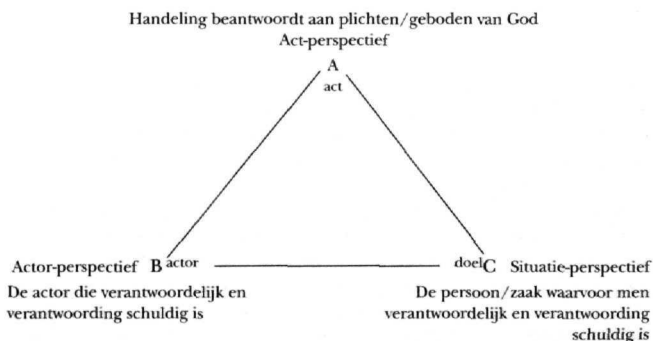
Gezien vanuit de *handeling zelf*, dat wat feitelijk wordt gedaan, kunnen we spreken van een ethisch-normatief perspectief. Hierbij gaat het erom dat de handeling aan de norm, de plicht, het gebod moet beantwoorden. We kunnen hier spreken van het *act-perspectief*.

Het *doel* of *gevolg* van de handeling is ten nauwste verbonden met de situatie waarin de actor handelt. Een huisarts kan kalmeringsmiddelen voorschrijven om van een nerveuze, lastige patiënt af te zijn; maar hij kan ook kalmeringsmiddelen voorschrijven om de patiënt na een ingrijpende ervaring orde op zaken te laten stellen. In dit *situatie-per-*

spectief speelt ook het levensverhaal van de betrokkene een belangrijke rol. In de gezondheidszorg is dat vooral het levensverhaal van de patiënt.

In elk van drie veelgehanteerde normatieve ethische theorieën staat één van deze drie elementen van een handeling en één van deze drie perspectieven centraal. Voor het actor-perspectief is dat de deugdethiek. Voor het act-perspectief, waarin de handeling centraal staat, is dat de deontologie en voor het situatie-perspectief de teleologie, vooral in de vorm van het consequentisme. Deze theorieën zijn in het vorige hoofdstuk besproken. In figuur 1 zijn deze drie perspectieven en theorieën schematisch weergegeven.⁶

Figuur 1. Schematische weergave van ethische perspectieven



Bepaalde gedachtegangen en uitwerkingen die onder één bepaald perspectief worden geplaatst, hangen nauw met de andere perspectieven samen en plaatsing onder een ander perspectief zou soms verdeeld kunnen worden. Het gaat om drie perspectieven op het ethisch handelen van mensen, niet om drie gescheiden onderdelen van een ethische handeling. Dit betekent dat de drie perspectieven elkaar deels overlappen; ze kijken naar hetzelfde vanuit een verschillende invalshoek. Wat vanuit het ene perspectief in de schaduw blijft, wordt vanuit een ander perspectief goed belicht. Ze moeten daarom niet als tegenstrijdig maar als complementair worden gezien. Wij zijn van mening dat we in een christelijke ethiek niet met één van deze theorieën toekunnen. Een christelijk-ethische bezinning op het verantwoorde handelen vereist een bezinning vanuit elk van deze perspec-

tieven met behulp van de genoemde corresponderende theorieën.

Een integratie van de drie benaderingen kan worden gevonden in het begrip verantwoordelijkheid. De actor is de *persoon* die voor de handeling *verantwoordelijk is en verantwoording schuldig is*. Hij is *verantwoordelijk jegens* een normstellende of wetgevende instantie voor het vervullen van een gebod of plicht. Deze normstellende instantie is niet altijd iemand anders of een geïnstitutionaliseerde instantie, zij kan het eigen geweten of de rede van de actor zijn. Voor christenen gaat het uiteindelijk om verantwoordelijkheid tegenover God voor het beantwoorden aan zijn gebod. Tot slot is de actor ook *verantwoordelijk voor* een bepaalde stand van zaken of resultaat met betrekking tot een bepaalde persoon of zaak in een bepaalde situatie.⁷ Een christelijke ethiek die zich op het handelen bezint vanuit het begrip verantwoordelijkheid als integratiepunt van de drie perspectieven, kan als vorm van verantwoordelijkheidsethiek worden gezien.

3.2 Vier niveaus

Een verdere uitwerking van de ethische bezinning vanuit de drie genoemde perspectieven kan worden verkregen door het onderscheiden van vier abstractieniveaus. Dit zijn de vier abstractieniveaus die onder meer door Beauchamp and Childress worden genoemd.⁸ In de richting van hoger naar lager abstractieniveau zijn dat: theorie, principe, regel, concreet oordeel. Deze abstractieniveaus corresponderen met niveaus van ethische bezinning. Wat Beauchamp en Childress niet aangeven, is dat op elk van de niveaus wereld- en levensbeschouwelijke overtuigingen betekenis en inbreng hebben. Zij gaan daarop niet in omdat, afgezien van enkele basisprincipes en -regels, dergelijke overtuigingen volgens hen *privé-zaak* zijn die in het publieke debat niet ingebracht behoren te worden, omdat we daarover van mening verschillen. Dit laatste is in onze moderne samenleving inderdaad het geval. Op de betekenis van levensbeschouwelijk gefundeerde ethiek in onze pluralistische samenleving zullen we later kort ingaan (§ 7). Nu reeds willen we aangeven dat levensbeschouwelijke overtuigingen onzes inziens niet alleen een belangrijke inbreng kunnen hebben maar dat, gezien de antwoordstructuur van de mens (zie boven) die inbreng onvermijdelijk is. Welke ethische theorie of theorieën men volgt, zal mede afhangen van theologisch of levensbeschouwelijk gearticuleerde (geloofs)overtuigingen over de aard en bestemming van de werkelijkheid. Principes die men richtinggevend acht voor het menselijke handelen hangen samen met opvattingen die men heeft over de mens en over zijn plaats in de werkelijkheid. Regels, in de zin van handelingsdirectieven, moeten altijd weer geactualiseerd worden

in de concrete situatie. Deze actualisering vereist een interpretatie van de situatie, waarbij ook levensbeschouwelijke overtuigingen een rol spelen. Het verzwijgen van deze overtuigingen komt het morele debat dan ook niet ten goede, maar komt neer op de overheersing van dat debat door één bepaalde, uiteindelijk ook levensbeschouwelijk bepaalde ethiekbeoefening.⁹ Wij willen in deze uiteenzetting ook de christelijk-levensbeschouwelijke inbreng expliciteren. (Het bovenstaande is samengevat in fig. 2.)

Fig. 2 *De drie niveaus van abstractie, van ethische bezinning en van de christelijk-levensbeschouwelijke invulling ervan*

abstractieniveaus	Niveaus/vormen van ethische bezinning	Levensbeschouwelijke invulling
1) Theorie	Wijsgerige ethiek, ethische stromingen; theoretische verantwoording van een bepaalde morele visie of levensbeschouwing	Levens- en wereldbeschouwing, ethos
2) Principe	Uit de wijsgerige ethiek afgeleide oriëntatiepunten, context-onafhankelijk; deels ontdaan van wijsgerige en levensbeschouwelijke lading	Geboden, normen, beginselen
3) Regels	Aan bepaalde contexten gerelateerde uitwerkingen van die oriëntatiepunten (principes)	Praktische en praktijkgebonden regels
4) Specifieke oordelen	Morele oordelen in concrete situatie	Casuïstiek

De hier onderscheiden niveaus corresponderen qua mate van abstractie met de niveaus van kennen die we onderscheidde in de arts-patiëntverhouding (zie hfdst. IV, § 2 en hfdst. V, § 9). Dit betekent overigens niet dat elk van de niveau van ethische bezinning direct kan worden betrokken op het corresponderende niveau in de arts-patiëntverhouding. Dit zou betekenen dat ethische theorieën direct van betekenis zijn voor vakfilosofische beschouwingen over de geneeskunde, en ethische principes voor de medische wetenschapsbeoefening. Een dergelijke directe betrekking en betekenis geldt onzes inziens echter wel van het niveau van de (morele) regels ten opzichte van het corresponderende niveau van de klinische praktijk. Omdat dit het niveau is waarop wordt vastgesteld welke (be)handeling zal worden uitgevoerd. De medische handeling (het klinische

niveau) dient in medisch-wetenschappelijk en -technisch opzicht verantwoord te kunnen worden door de medische wetenschap (het medisch-wetenschappelijke niveau) en door medisch-filosofische inzichten omtrent doel en werkwijze van de geneeskunde (het wijsgerige niveau). Maar diezelfde behandeling behoeft een *ethische* verantwoording vanuit ethische regels, principes en theorieën. Op het niveau van de klinische besluitvorming en behandeling komen de lijnen van medische en ethische besluitvorming bij elkaar en vormen twee aspecten van het concrete handelen (niveau 4).

Dit sluit aan bij hoofdstuk III waarin we betoogden dat in de medische praktijk simultaan een diversiteit aan normen of regels gerealiseerd moet worden. De belangrijkste regels zijn de ethische regels die de medische praktijk kwalificeren, en de medisch-technische (in brede zin) regels die de praktijk funderen, omdat ze de eigen inhoud geven aan de *medische* zorgverlening. In het klinische handelen realiseert de zorgverlener de medische en de ethische regels tegelijkertijd in de concrete besluitvorming en behandeling (hfdst. III, § 3.6). Dit stemt overeen met het betoog van hoofdstuk IV dat laat zien hoezeer in de klinische situatie bij het gebruik van medische kennis door de arts voortdurend ook morele overwegingen een rol spelen. In onze visie op de *medische* praktijk zijn het *medische* en het *ethische* dan ook structureel op elkaar betrokken.

We geven bij figuur 2 nog een nadere toelichting. Ethische redeneringen kunnen van hoog naar laag abstractieniveau gaan, dit is deductivisme; zij kunnen ook van laag naar hoog niveau verlopen, wat inductivisme wordt genoemd. Beauchamp en Childress geven hierover een instructieve beschouwing.¹⁰ In hoofdstuk IV heeft Glas uitvoerig uitgelegd dat een lager abstractieniveau niet volledig en eenduidig wordt bepaald door een hoger. Het klinische handelen wordt niet volledig bepaald door wetenschappelijke kennis en modellen, maar kan daardoor vaak wel in hoge mate gerechtvaardigd worden. Omgekeerd kan het ook gebeuren dat waarnemingen op het klinische vlak aanleiding vormen om bepaalde medisch-wetenschappelijke modellen te herzien. Ditzelfde geldt *mutatis mutandis* ook voor de ethiek-beoefening. Theorieën kunnen een rechtvaardiging geven van bepaalde ethische principes en regels. Maar omgekeerd kunnen concrete morele ervaringen bewerkstelligen dat bepaalde ethische principes en theorieën en achterliggende levensbeschouwelijke overtuigingen op een andere wijze dan voorheen worden gearticuleerd en uitgewerkt. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat men bepaalde ethische principes of achterliggende opvattingen herziet. Het kan voortvloeien uit het gegeven dat de ethische bezinning op het prakti-

sche handelen zich rekenschap moet geven van de situatie waarin wordt gehandeld. In de hedendaagse samenleving en gezondheidszorg treden in die medische situatie voortdurend veranderingen op.

In het vervolg van dit hoofdstuk zal figuur 2 nader worden uitgewerkt voor de drie ethische perspectieven van figuur 1. Met andere woorden, in de bezinning vanuit zowel het perspectief van de actor, als van de handeling, en van het doel/de situatie, kunnen de abstractieniveaus van figuur 2 worden onderscheiden. Met die uitwerking willen we het in die figuren geschetste model van ethiekbeoefening een inhoudelijke invulling geven. Voordat we dat doen, zal eerst worden ingegaan op de vraag naar de betrokkenheid en de inbreng van de ethiek in de persoon van de ethicus in het klinische besluitvormingsproces en het handelen.

4. De positie van de ethicus

Als de ethiek zo nauw is verweven met het medische handelen, wat kan dan de taak zijn van de ethicus ten aanzien van de medische praktijk? Hij kan niet de verantwoordelijkheid van de arts voor het ethische aspect van zijn beslissingen overnemen. Dit staat ook haaks op onze opvatting van professionaliteit en verantwoordelijkheid. Maar hoe dan wel? Hoe kan de ethische reflectie worden betrokken op de medische praktijk? Een gedistantieerde en onpartijdige houding ten aanzien van de klinische praktijk, zoals bijvoorbeeld een proceduralistische benadering van de ethiek dreigt mee te brengen doet gemakkelijk de aansluiting met de betreffende praktijk verliezen. Anderzijds maakt iedere vorm van partijdigheid de ethicus vatbaar voor een krachtenspel waarin allerlei andere factoren dan morele overwegingen een rol spelen.

Bruikbaar in dit verband is een onderscheid dat Agich heeft gemaakt tussen vier mogelijke rollen van de klinisch-ethicus, namelijk die van het onderwijzen, het toeschouwer zijn, het getuige zijn en het consulteren.¹¹ Deze vier rollen verschillen niet alleen in de mate van distantie ten opzichte van de praktijk, maar ook in de manier waarop de ethische inbreng zich invoegt in en verhoudt tot de praktijk.

Reeds ten aanzien van het *onderwijzen* geldt dat de klinisch-ethicus niet zondermeer wijsgerige theorieën doceert zoals die in allerlei standaardwerken over (wijsgerige) ethiek worden besproken. Klinische ethiek wordt meestal onderwezen aan de hand van casuïstiek, ze staat met één been in de praktijk. Doel is ook niet in de eerste plaats om de leerling kennis bij te brengen over allerlei theorieën met hun voors en tegens, maar om bepaalde vaardigheden te verster-

ken, zoals die van het identificeren van moreel relevante aspecten van een praktijkprobleem en die van het kunnen bedenken van morele alternatieven. Onderwijs in de klinische ethiek richt zich dus primair op het verbeteren van het oordeelsvermogen en niet op het verhogen van parate theoretische kennis. Blijft staan dat het onderwijzen meestal toch een academische activiteit is en dus op afstand plaatsvindt en niet aan het ziekbed zelf.

Dit laatste geldt niet voor een vorm van beschrijvende ethiek die Agich aanduidt met de term toeschouwer zijn of *kijken* ('watching'). Het gaat hier om een activiteit die in de praktijk zelf plaatsvindt, terwijl ze ondertussen wel een grote mate van distantie vergt, ongeveer zoals bij het onderwijzen. Het kijken van de ethicus is te vergelijken met wat antropologen en sociologen doen wanneer zij een bepaalde (sub)cultuur beschrijven. Belangrijk zijn hier de objectiviteit en de belangeloze positie van degene die beschrijft, naast het daadwerkelijk meemaken van de praktijk die wordt beschreven. Het gaat om een zo objectief mogelijke beschrijving van binnenuit. Pools boek over de praktijk van de euthanasie in een Nederlands ziekenhuis is een goed voorbeeld van wat Agich bedoelt.¹²

Minder gedistantieerd is het *getuige zijn*. Hier neemt de ethicus ook zelf deel aan een bepaalde praktijk. De ambiguïteit van deze rol komt al enigszins tot uitdrukking in het woord getuigen zelf: enerzijds gaat het om het getuige zijn van, in de zin van verslag leggen of rapporteren, anderzijds om de getuigende werking van het getuigenis. Het getuigenis gaat in dit geval in de betreffende praktijk een bevestigende en legitimerende rol spelen (of juist niet). De getuige blijft voor de professie wel een vreemde, maar juist door vreemd te blijven is hij voor de professie toch van groot belang. Hij houdt de werkers een spiegel voor en bevestigt zo de realiteit van de praktijk waarvan zij deel uitmaken. Ook de grens tussen binnen en buiten, dat wil zeggen tussen wat tot een bepaalde praktijk behoort en wat niet, wordt aldus onderstreept. Dit alles draagt bij aan de onderlinge cohesie tussen praktijkbeoefenaars, hetgeen uiteindelijk ook een bevestigende betekenis heeft voor de professie als morele gemeenschap.¹³

Het *consulteren* tenslotte is een activiteit die van de genoemde varianten het sterkst deel uitmaakt van een bepaalde praktijk. De ethicus-consulent wordt immers gevraagd concrete adviezen te geven, adviezen die op hun beurt belangrijke gevolgen kunnen hebben voor het beleid. Anders dan de onderwijzer en de toeschouwer is de consultant *qualitate qua* beoefenaar van de professie. Hij maakt zichzelf immers mede verantwoordelijk voor het oplossen van een klinisch probleem. Toch is de positie van de consultant ook weer ongewoon,

in die zin dat hij of zij, los van de arts of het team dat het consult aanvraagt, geen zelfstandige relatie met de patiënt onderhoudt. De consulent adviseert de arts of een team, in uitzonderlijke gevallen ook de patiënt, bijvoorbeeld wanneer deze het initiatief tot het consult heeft genomen. De consulent dient wel onafhankelijk te zijn, maar die onafhankelijkheid vloeit niet zozeer voort uit een vermeend onpartijdige en onthechte positie (zoals bij de toeschouwer-rol) als wel uit de specifieke expertise die hij of zij inbrengt.

Terecht wijst Agich erop dat er in het hart van de klinisch-ethische praktijk aldus een onopgeloste spanning ontstaat. Paradoxaal genoeg drijft juist dat wat de klinische ethiek tot een respectabele, academisch discipline maakt, de ethicus weg van het nemen van verantwoordelijkheid. Als consulent wordt de ethicus gerespecteerd vanwege zijn academische expertise. Maar juist die expertise doet hem neigen tot een *onpartijdige en onthechte benadering* (onderwijzend of toekijkend), een benadering die op gespannen voet staat met de noodzaak zich - als consulent - te begeven en in te leven in de praktijk waarin het probleem zich voordoet.¹⁴

Deze innerlijke spanning wordt nog versterkt wanneer we letten op het denkmodel dat ethici veelal plegen te hanteren bij het legitimeren van hun werkzaamheden. Dit denkmodel toont sterke verwantschap met het in hoofdstuk IV besproken subsumptiemodel. Ook Agich maakt hierop attent. De centrale gedachte is in dit verband dat klinische ethiek een vorm van *toegepaste ethiek* is en bijgevolg een professie die zich bezighoudt met het op een zo strikt mogelijke wijze afleiden van (op het individuele geval toegesneden) conclusies uit algemene ethische kennis. Een concreet moreel probleem wordt aldus gezien als een verzameling empirische feiten waarvan sommige relevant zijn om als materiaal te dienen voor de toepassing van ethische theorieën. De suggestie die van dit 'ingenieursmodel' uitgaat, is dat de ethicus in staat is de rol op zich te nemen van onpartijdige, onthechte en waarde vrije bemiddelaar en dat dit beter lukt naarmate het deduceren van het individuele uit het algemene op strikter wijze plaatsvindt.¹⁵ Het probleem van deze benadering is dat de ethicus zo haast onvermijdelijk in de rol van toeschouwer gedrongen wordt. Betrokkenheid bij en daadwerkelijke deelname aan een bepaalde praktijk zijn dan in feite een zwaktebod. Ze leiden alleen maar tot verwarring en nodeloze complicaties. Boven zagen we echter dat met name van de ethicus-consulent gevraagd wordt zich juist wel te involveren in allerlei concrete situaties.

Agich slaat hier een andere weg in, een weg die verwant is aan de gedachtegang die ook door ons in voorgaande hoofdstukken werd

ontwikkeld. De vraag naar de legitimatie van de klinische ethiek dient volgens hem niet versmald te worden tot de vraag naar de *rechtvaardiging* van morele kennis (in termen van het subsumptiemodel), maar juist in al haar breedte en complexiteit onder ogen te worden gezien, namelijk als een vraag naar de *juridische, professionele en maatschappelijke legitimatie* van de ethicus als *morele actor*. Door aldus het actorschap van de ethicus te benadrukken komt opnieuw het geneeskundig handelen centraal te staan, in plaats van kennis van ethische theorieën. Legitimatie heeft hier de betekenis van *autorisatie*. Aan de ethicus wordt -idealiter- autoriteit toegekend in het expliciteren van de morele aspecten van een klinisch probleem. Dit autoriseren is een complex proces, een proces dat voortdurend aan verandering onderhevig is en bovendien in veel gevallen nog niet helemaal uitgekristalliseerd. Van betekenis is hier vooral dat de morele explicatie wordt gezien als een *zich verantwoorden* in een netwerk van actoren. Dit netwerk reikt verder dan de professie, omdat de zorg voor het morele gehalte van het geneeskundig handelen een gedelegeerde zorg is - gedelegeerd door de maatschappij als geheel en in het bijzonder door allerlei representerende, uitvoerende en controlerende organen.¹⁶

Tot slot. In deze paragraaf ging het over de inbreng van de ethiek in de persoon van de ethicus. Wat hier gezegd werd, is echter ook van belang voor de morele reflectie van hen die zich geen beroepsethici noemen, zoals artsen, verpleegkundigen, ziekenhuispastores en anderen. Met name in ethische commissies blijkt in de praktijk de ambivalentie tussen het toeschouwers- en het consultatie-perspectief actueel te zijn. In deze commissies is de afstand tot de werkvloer groter en ontstaat oog in oog met de vaak complexe problematiek gemakkelijk de neiging om de toevlucht te nemen tot een technische en procedurele benadering. Een vraag is overigens wel of ethische bezinning het, los van het ingenieursmodel, kan stellen zonder een bepaalde mate van distantie. Verwijzend naar wat in voorgaande hoofdstukken (hfdst. III - IV) hierover reeds te berde is gebracht, willen we hier slechts opmerken dat er een verschil is tussen de onthechte en neutrale distantie van de technicus en de door ethiekbeoefening *gekwalificeerde* distantie van morele actoren die voeling houden met het morele appèl dat van de concrete situatie uitgaat. In het vervolg van dit hoofdstuk hebben wij met name laatstgenoemde benadering op het oog.

5. Drie ethische perspectieven uitgewerkt op het klinische niveau

Ter wille van de overzichtelijkheid geven we voor het te bespreken perspectief eerst een beknopte inhoudelijke invulling van figuur 2, om vervolgens de verschillende elementen daarvan afzonderlijk te bespreken. Voor elk niveau zal steeds eerst de ethische bezinning in algemene zin aan de orde worden gesteld, om vervolgens de inbreng en invulling vanuit de christelijke levensbeschouwing te noemen. Voor dit laatste zullen we een ander lettertype gebruiken ter wille van de lezer die zich op de algemene verwoording of juist op de christelijke invulling wil concentreren. Omdat, zoals we in § 3 zagen, op het niveau van de klinische besluitvorming het medische en het ethische bij elkaar komen en het medische handelen wordt verantwoord, werken we de drie ethische perspectieven uit *vanuit de vraag wat de bezinning op de hogere niveaus (van theorie en principe) voor die besluitvorming en verantwoording op het klinische niveau betekent*.¹⁷ De hogere niveaus worden bekeken door de bril van het tweede (regel)niveau. Dit betekent ook dat een praktisch-klinische en levensbeschouwelijke bespreking van de theorieën zal worden gegeven en niet een theoretische. Op het vierde niveau, dat van de medische en ethische casuïstiek zal niet systematisch worden ingegaan. Casuïstiek is een belangrijke didactische methode zowel in de geneeskunde als in de (medische) ethiek. Concrete morele ervaringen zijn ook van betekenis voor de ethische reflectie (zie § 3.2).¹⁸ Maar wij bezinnen ons hier niet zozeer op concrete problemen en gevallen als wel op een meer algemene morele verantwoording van het medische handelen.

Op enkele punten zullen ethische implicaties voor het medische handelen worden genoemd. De weergegeven standpunten zullen in het bestek van dit hoofdstuk niet nader verantwoord kunnen worden. We erkennen dat ze niet 'automatisch' volgen uit de in het vervolg te noemen opvattingen en principes: een lager abstractieniveau wordt niet eenduidig bepaald door een hoger. We vermelden die standpunten toch om aan te geven hoe de voorgestelde benadering een basis kan vormen voor bepaalde ethische opvattingen.

5.1 Het act-perspectief

We beginnen de behandeling van de drie perspectieven op menselijk handelen met de bespreking van het act-perspectief, van het handelen dat aan bepaalde plichten of geboden dient te beantwoorden. Een schematische weergave geeft figuur 3, aan de hand waarvan dit perspectief verder uitgewerkt zal worden.

Fig. 3 *Het act-perspectief inhoudelijk ingevuld*

Abstractieniveaus	Niveaus van ethische bezinning	Levensbeschouwelijke invulling
1) Theorie	1a) Deontologie, plichtethiek (goed handelen is handelen volgens de wet/plicht)	1b) God als Schepper en Wetgever, schepping gemaakt en geordend door het Woord
2) Principe	2a) 'Zorg', respect voor het leven van de mens, weldoen, niet-kwaaddoen, rechtvaardigheid, geheimhouding; eed van Hippocrates, medisch-ethische codes	2b) De Tien Geboden; mens, als man en vrouw, geschapen naar Gods beeld; Wet 'past' de mens, liefde de vervulling der Wet
3) Regel	3a) Protocollen, standaarden e.d.; vertrouwelijkheid, toestemmingsbeginsel	3b) Niet opzettelijk doden; kunstmatige voortplantingstechnieken binnen huwelijk; respect voor eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid van de patiënt
4) Concreet oordeel	4a) Concreet oordeel/beslissing	4b) Interpretatie van de situatie: welke wetten/principes van toepassing en in welke rangorde

Plichtethiek

De theorie die het ethisch goede, verantwoorde handelen definieert als het handelen volgens een geldend gebod of een geldende plicht is de plichtethiek, oftewel deontologie (zie 1a, zie ook hoofdstuk V, § 4). Deze theorie stelt dat er gegeven normen en plichten zijn waaraan beantwoord moet worden, wil handelen verantwoord zijn. Vanouds heeft dit perspectief veel nadruk gekregen in de medische ethiek. Zozeer dat medische ethiek ook wel medische deontologie werd genoemd.¹⁹

De Schepper als Wetgever

Naar christelijke opvatting (zie 1b) is de deontologie verankerd in het geloof dat God de Schepper is, die de schepping op een bepaalde geordende wijze tot stand gebracht en bedoeld heeft. De verstoring en gebrokenheid die in de wereld is gekomen door menselijke schuld, brengt mee dat ook de gegeven normatieve orde verstoord is en onvoldoende kenbaar voor de mens, zoals hij van nature is. God heeft de mens zijn woord gegeven, met daarin vervat zijn wet, ondermeer om de mens in zijn morele leven te instrueren. De Woordopenbaring sluit aan bij de wijze waarop de schepping in oorsprong is gemaakt

en is bedoeld. (Zie § 2 van dit hoofdstuk en zie ook hoofdstuk II.) De wet van God is ook dan niet een willekeurig gebod dat van buitenaf komt en waaraan de mens zich maar heeft te onderwerpen. Het gebod past bij de mens zoals deze is gemaakt en bedoeld. Leven volgens Gods aanwijzingen leidt dan ook uiteindelijk tot het goede leven. Ten diepste is er in de christelijke ethiek dan ook geen tegenstelling tussen het deontologische en teleologische perspectief (zie ook onder § 5.3 van dit hoofdstuk).

Wij menen dan ook dat voor het christelijke leven en dus ook voor een christelijke ethiek de morele geboden van Gods Woord onontbeerlijk zijn.²⁰ Wij realiseren ons dat aan de uitwerking van deze stellingname de nodige haken en ogen zitten. De Bijbel geeft een diversiteit aan normen en geboden, en laat ook zien dat de uitwerking ervan mede afhangt van de historische situatie en de gemeenschap waarvoor ze zijn bedoeld. Dit betekent ondermeer dat niet alleen de woorden van de Schrift geïnterpreteerd moeten worden, maar ook de situatie waarin de christen het gebod wil toepassen en vervullen (zie 4b). Er staat in de Bijbel geen enkel gebod dat zondermeer een handelingsdirectief geeft voor de gelovige vandaag. We zeggen dit niet om onder de klem van Gods gebod uit te komen, maar om te benadrukken dat de gehoorzaamheid aan Gods geboden nooit buiten de verantwoordelijkheid van de mens om kan plaatsvinden. Wij zien de Bijbel als het gezaghebbende Woord van God. Dit Woord is niet slechts neerslag van menselijke religieuze ervaring, al is het dat ook, maar daarin en daar doorheen openbaring, het spreken van de levende God. Dat Woord achten wij de enige vaste verankering, ook van de morele reflectie. Ieder die het principiële gezag van het Woord van God relativeert of kritiseert kan dat alleen door, misschien impliciet en onbewust, een andere overtuiging als startpunt en verankering van het denken te kiezen. Onzes inziens is dit een wezenlijk uitgangspunt voor christelijke ethiek. We realiseren ons overigens goed dat hiermee alle problemen niet zijn opgelost. Over de betekenis en het gebruik van de Schrift in de ethiek worden voortdurend discussies gevoerd en bestaan diverse en soms tegengestelde opvattingen.²¹ Dit laatste is vaak verwarrend en niet bevorderlijk voor een constructieve bijdrage van christenen aan de ethiek en de moraal in onze samenleving (ervan uitgaande dat de christelijke moraal tot op zekere hoogte beïnvloed wordt door de christelijke ethiek zoals die in verkondiging en geschrift wordt uitgedragen). Maar een zekere diversiteit in het verstaan van de morele betekenis van de Bijbel hoeft niet alleen als negatief te worden gezien. Het verstaan van de Schrift zal nooit plaatsvinden buiten mede cultureel bepaalde verstaans- en

ervaringsmogelijkheden van de mens om. Het Woord moet in iedere historische en culturele situatie opnieuw worden verstaan en gestalte krijgen. In onze snel veranderende samenleving waarin vanuit een veranderend levensgevoel telkens nieuwe vragen opkomen vanwaaruit christenen de Schrift bevragen, lijken omwegen en dwaalwegen bij het zoeken van de weg van verant-woordelijkheid welhaast onontkooftbaar. De leiding van de Heilige Geest die het Woord maakt tot het daadwerkelijk spreken van de levende God, is hierbij onontbeerlijk.

Overigens betekent deze opvatting over onze afhankelijkheid van Gods Woord niet, dat mensen die de God van de Bijbel niet kennen, helemaal geen besef van gegeven normen en plichten hebben. Dat de mens is geschapen naar Gods beeld (zie 2b), houdt onder meer in dat de mens een moreel wezen is, c.q. een besef heeft van goed en kwaad. Dit is bijvoorbeeld zichtbaar in de ervaring dat in bepaalde situaties iets welhaast onvoorwaardelijk moet, wat wel een universele menselijke ervaring lijkt te zijn. Hoezeer mensen ook verschillen over de inhoud van dat moeten. Wanneer iemand niet de ervaring zou kennen dat een bepaalde handelwijze radicaal kwaad is, zou dat algemeen als een misvorming van zijn menszijn worden gezien. De ervaring dat bepaalde handelwijzen goed en andere kwaad zijn, is algemeen. Anders gezegd: de ervaring dat sommige morele oordelen juist en andere onjuist zijn is algemeen. (Dit nog afgezien van een inhoudelijk beoordeling van die oordelen.) Naar ons inzicht is ook de ervaring dat morele normen niet door mensen worden uitgevonden maar worden ontdekt, in de loop van de geschiedenis een algemeen menselijke ervaring geweest.²² De in onze moderne tijd opgekomen gedachte dat de mens normen op een arbitraire wijze definieert in plaats van ontdekt, is onzes inziens een symptoom van de morele crisis van onze cultuur.

De Bijbel maakt wel duidelijk dat de morele kennis die de mens van nature heeft, ten enenmale onvoldoende is om aan Gods norm te kunnen voldoen, nog afgezien van het feit dat hij dat ook niet kan, zelfs al zou hij die kennis hebben (Romeinen 1, 2, 3).

Deontologische principes

Evenals de deontologie vervullen hieruit af te leiden (medisch)-ethische principes (zie 2a) in de medische ethiek een belangrijke rol. We noemen in de eerste plaats het normatief principe van het ethische aspect, het principe 'zorg', verstaan als plicht (zie hfdst. III, § 3.3). Andere belangrijke ethische principes als respect voor het leven van de mens, weldoen, niet-kwaaddoen en het beroepsgeheim, die in de

medische ethiek veel worden gebruikt, kunnen worden gezien als gestalten van het principe 'zorg' in de individuele arts-patiëntverhouding. Dit ligt wat anders voor een ander veel gehanteerd principe, namelijk (verdelende) rechtvaardigheid. Dit staat wegens beperkte beschikbaarheid van mensen en middelen in de praktijk niet zelden op gespannen voet met een optimale zorgverlening aan individuele patiënten. Dit geldt op landelijk en op instellingsniveau. Maar het kan ook opgaan voor de individuele zorgverlener. Een rechtvaardige verdeling van beschikbare tijd en middelen over patiënten kan vereisen dat een patiënt niet optimaal wordt behandeld en verzorgd. In de individuele zorgverleningssituatie kan 'zorg' dan niet volledig tot gelding worden gebracht. Wel kan worden betoogd dat dit gebeurt om ook andere patiënten te helpen die zorg nodig hebben. Ook het welzijn van die mensen is intrinsiek waardevol. Gezien vanuit het werk van de zorgverlener als geheel en op het niveau van de instelling en van het zorgstelsel als geheel krijgt zo ook rechtvaardigheid een uitwerking vanuit het principe 'zorg'. (Op de vraag hoe met soms onoplosbare spanningen in de praktijk het beste kan worden omgegaan, gaan we niet verder in.)

Op dit vlak van deontologische principes horen verder ook deontologische codes thuis als de oude eed van Hippocrates, maar ook moderne codes als de verklaring van de World Medical Association van 1948. Dergelijke codes bieden de artsen ethische kaders voor de medische zorgverlening. Ze benadrukken de specifieke professionele verantwoordelijkheid van de medische beroepsgroep. Ze hebben niet alleen een functie naar 'binnen', naar de leden van de professie, maar ook naar 'buiten', naar het publiek en in het bijzonder naar patiënten. Ze verwoorden welke ethische opstelling van de beroepsgroep mag worden verwacht. Dit kan het vertrouwen van de bevolking in de beroepsgroep ten goede komen en een goede basis geven voor een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt in de concrete zorgverleningssituatie.

Regels als plichten

De deontologische invalshoek manifesteert zich op het regelniveau (niveau 3), het niveau van de klinische besluitvorming, in de vorm van diverse uitwerkingen van medisch-ethische principes. Men kan hierbij ondermeer denken aan protocollen, standaarden en regels die een uitwerking geven bijvoorbeeld van het beroepsgeheim en de vertrouwelijkheid van medische gegevens moeten waarborgen, of van de toestemmingsvereiste (informed consent). Protocollen en standaarden kunnen een sterk ethisch karakter hebben, bijvoorbeeld een

protocol hoe wordt omgegaan met euthanasievragen, maar hebben meestal een meer medisch-technisch karakter (vgl. hfdst. IV, § 2). Maar ook dan kunnen ze worden gezien als een uitwerking van ethische principes, omdat ze de bevordering van goede medische zorg beogen en daarmee het realiseren van medisch-ethische principes van 'zorg', niet-kwaaddoen e.d.. Opnieuw zien we hoezeer het ethische en het medische twee aspecten zijn van heel het medisch handelen van de arts.

De toestemmingsvereiste wordt meestal teruggevoerd op het principe 'respect voor de autonomie'. We hebben dit principe niet expliciet genoemd bij de medisch-ethische principes. Niet omdat we ontkennen dat hierin in de praktijk iets uitgedrukt kan worden dat waardevol is. Maar het begrip en de connotaties die het ook in de praktijk vaak heeft, zijn verbonden met een mens- en ethiekopvatting die wij niet delen. Tezeer wordt daarin de mens gezien als een onafhankelijk en vrij beslissend individu, wiens vrijheid van besluiten en handelen alleen maar wordt beperkt door diezelfde vrijheid van andere losse individuen met wie hij in aanraking komt. Verder hangt de grote nadruk op het autonomieprincipe onzes inziens samen met een overwaardering van het juridische en een verdringing van het ethische hierdoor. De vertrouwensbasis van de arts-patiëntverhouding dreigt dan te worden ondermijnd, terwijl de juridische regels die hiervoor gelden, als het goed is, zijn bedoeld om dat vertrouwenskarakter te ondersteunen (zie verder hfdst. III, § 3.5). Het positieve ethische principe dat met het autonomieprincipe ook is bedoeld, namelijk dat de eigen integriteit en identiteit en de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt volledig gehonoreerd moeten worden, ligt besloten in het principe 'zorg' dat we immers hadden gedefinieerd als de normatieve houding die het welzijn van anderen als intrinsiek waardevol beschouwt. Dit houdt in een houding, die de ander tot zijn of haar recht wil doen komen. Zonder rekening te houden met de wensen en levensinstelling van de ander is dit onmogelijk. Een voor de medische praktijk belangrijke uitwerking hiervan is de toestemmingsvereiste: medische ingrepen vereisen de toestemming van de patiënt *en/of de toestemming van degene die gerechtigd is de patiënt te vertegenwoordigen*. Dat in de praktijk deze toestemming veelal impliciet wordt gegeven doet aan het belang van deze regel niets af.²³

Er zouden meer ethische principes en regels genoemd kunnen worden. Duidelijk moge zijn dat het deontologische perspectief in een christelijke verantwoordelijkheidsethiek wezenlijk en relevant is voor de medische praktijk. Dit betekent echter niet dat vanuit dit perspectief direct concrete handelingsdirectieven gegeven kunnen worden

voor alle concrete situaties. De handelende mens moet de principes en regels altijd interpreteren en toepassen in een situatie die ook geïnterpreteerd moet worden (zie § 3 hierboven). Verder is ook een beoordeling nodig vanuit de andere perspectieven. Een voorbeeld is de hantering van het principe van de geheimhouding, zoals vastgelegd in het beroepsgeheim. Hieruit is de regel afgeleid dat medische informatie vertrouwelijk wordt behandeld. Maar er kunnen zich situaties voordoen waarin op zijn minst de vraag opkomt of doorbreking van de vertrouwelijkheid niet moreel is vereist. Bijvoorbeeld, wanneer een huisarts verneemt dat een patiënt met HIV (het AIDS-virus) is besmet, die weigert zijn echtgenote, patiënte van dezelfde huisarts, op de hoogte te stellen, moet de arts dat dan doen? Voor een antwoord op deze vraag is op zijn minst ook een beoordeling vanuit het situatie-perspectief onontbeerlijk.

Christelijke invulling

In een christelijke medische ethiek horen op het niveau van deontologische principes (niveau 2b) ondermeer de Tien Geboden en de nieuwtestamentische verwerkingen ervan.²⁴ De overtuiging dat de mens is geschapen naar Gods beeld vormt mede de achtergrond hiervan. Eén van de implicaties is dat ieder mens een unieke en onvervangbare waardigheid heeft en derhalve een maximale bescherming moet krijgen (het gebod 'Gij zult niet (wederrechtelijk) doden'; zie ook hfdst. II, § 2). Geredeneerd vanuit een nadrukkelijk positieve invulling van het verbod (dus gelezen als gebod), zou die bescherming absoluut en onvoorwaardelijk moeten zijn. Dit is echter onhoudbaar. Het zou namelijk inhouden dat we al onze middelen en mogelijkheden zouden moeten inzetten om ziekte te bestrijden, dodelijke ongelukken, zelfdoding en doodslag en moord te voorkomen. We zien hier dat voor een moreel oordeel een strikte gebodsethiek onvoldoende is. Ook vanuit de andere ethische perspectieven (deugdenethiek en doelethiek, waarin de situatie centraal staat) is een inbreng nodig. Het in de gezondheidszorg fundamentele principe van respect voor leven houdt onzes inziens wel in dat het leven van een mens niet gewild en bedoeld mag worden beëindigd. En dat de mate van bescherming die iemand hiertegen geniet, niet afhangt van levensfase of vermogens. Dit mag overigens niet leiden tot een verabsolutering van het lichamelijke leven die ieder sterven ziet als een nederlaag van de geneeskunde (vgl. hoofdstuk II, § 5).

Dat de mens als man en vrouw is geschapen naar Gods beeld heeft voor de medische ethiek nog twee andere implicaties die we hier willen noemen. In de eerste plaats vormt het de creatuurlijke basis voor

het huwelijk als een vaste leefgemeenschap van twee ondermeer seksueel onderscheiden, maar volledig gelijkwaardige mensen, die pas eindigt bij de dood van (één van) beiden. Deze antropologische overtuiging heeft belangrijke consequenties voor het gebruik van kunstmatige voortplantingstechnieken. De belangrijkste hiervan is wel dat medisch ingrijpen met het oog op het krijgen van kinderen de begrensdde ruimte van het huwelijk dient te respecteren.

Dat ieder mens door God is geschapen naar zijn beeld heeft nog een tweede ethische implicatie. Het betekent niet alleen dat de mens daaraan zijn waardigheid ontleent, maar ook dat een mens niet herleid of verklaard kán worden uit menselijk handelen alleen. Dit houdt in dat mensen uiteindelijk geen beschikkingsbevoegdheid hebben over elkaars bestaan. Een implicatie hiervan is dat de ene mens niet een ander in het leven mag roepen ('maken') volgens vooraf bedacht ontwerp qua eigenschappen en vermogens. Het lichaam is niet slechts voertuig van een 'eigenlijk ik', maar zijnswijze van de mens in de materiële wereld. Zo is het in biologisch opzicht 'niet-ontworpen-zijn' van de ene mens door de andere, inclusief diens genetische informatie, de materiële basis voor de onderlinge onbepaaldheid en gelijke waardigheid van alle mensen. Deze gedachte verzet zich tegen (genetische) manipulaties die uitgaan boven herstel van aandoeningen en afwijkingen en tegen het klonen van mensen.

5.2 Het actor-perspectief

Na de bespreking van het act-perspectief waarin ethisch gezien het gebod centraal staat, zal nu het actor-perspectief aan de orde komen. Hierin valt het accent op de morele houding en gezindheid van de actor. In figuur 4 zijn de diverse abstractieniveaus met trefwoorden ingevuld. In deze paragraaf zal dit schema verder worden behandeld.

Fig. 4 *Het actor-perspectief inhoudelijk ingevuld*

Abstractieniveaus	Niveaus van ethische bezinning	Levensbeschouwelijke invulling
1) Theorie	1a) Deugdenethiek (goed handelen is zoals een goed of deugdzaam mens handelt)	1b) Christus als voorbeeld 'Christus Medicus', barmhartige Samaritaan
2) Principe	2a) Deugden: zorgzaamheid, barmhartigheid, rechtvaardigheid; professionele deugden: vakbekwaamheid, integriteit, collegialiteit etc., m.a.w. deugden gerelateerd aan de constitutieve regels van de medische praktijk (hfdst. III). Belang van opleiding, vorming en voorbeeld.	2b) Invloed van Openbaring op de mens; Theol.: Wet in geweten (Romeinen 1) en in het hart van de gelovige geschreven door de Geest (Hebreeën 8); het hart als centrum van mens-zijn (Spreuken 4:23).
3) Regel	3a) Handelen met 'prudentie' (phronësis); Mens/hulpverlener persoonlijk verantwoordelijk	3b) Fijngevoeligheid (Phil.1:9), persoonlijke verantwoordelijkheid impliceert concretisering van bestaande wetten en regels in de concrete situatie.
4) Concreet oordeel	4a) Concreet oordeel	4b) Oordeel in concrete situatie; bijbelse voorbeelden

Deugdenethiek

Een ethische benadering waarin de handelende mens centraal staat is de deugdenethiek. In deze theorie krijgen niet in woorden aangeduide geboden of principes de meeste aandacht, maar de persoon die in de concrete situatie moet handelen (zie hfdst. V, § 3). Bij deugden gaat het om bepaalde positief gewaardeerde disposities, dit zijn stabiele attitudes in het optreden van mensen. Deugden zijn als het ware in levenshouding en handelen belichaamde morele waarden. Men kan deugden ook uitleggen in termen van geboden; ze kunnen gezien worden als een verinnerlijking van geboden tot gewoonten en handelingspatronen. Een dergelijke omschrijving is evenwel niet geheel bevredigend, want toch weer abstract. In een deugdenethiek is het goede, verantwoorde handelen, handelen zoals een goed, een deugdzaam mens doet. Hierin ligt de gedachte besloten dat de situaties waarin mensen zich kunnen bevinden te divers zijn om met een aantal principes het goede handelen in al die situaties te kunnen aangeven. Het concrete morele handelen kan niet eenduidig en volledig worden afgeleid uit morele principes en regels. Het gaat erom dat

een mens in moreel opzicht zo is gevormd dat hij in alle situaties op de goede wijze weet te handelen. Wat het goede handelen is in diverse situaties kan het beste geleerd worden door het voorbeeld van een (moreel) goed mens. Wanneer we dat voorbeeld willen beschrijven, noemen we dat deugden.

Voorbeeld ter navolging

Deze benadering van ethiek sluit in een aantal opzichten goed aan bij het bijbelse spreken over het leven van de gelovigen (1b). Jezus Zelf roept zijn leerlingen op Hem na te volgen (bijv. Lucas 14:27, Johannes 8:12, 12:26) en ook de apostelen doen dat (I Corinthiërs 11:1, I Petrus 2:21 vv.). In de christelijke traditie heeft men in de ziekenzorg zowel achter iedere zieke als ook achter de arts Christus gezien (het Christus Medicus motief, zie hfdst. I). In zijn optreden tegenover zieke en gehandicapte mensen is Jezus tot op vandaag toe voor velen in geneeskunde en verpleegkunde een inspirerend voorbeeld. Een motief in de christelijke ethiek is dan ook de vraag: wat zou Jezus in deze situatie doen? Wel is hier voorzichtigheid op zijn plaats. Wij zijn Jezus niet en beweren precies te weten wat Hij in onze hedendaagse situatie zou doen, is te pretentief. Maar wanneer die vraag ertoe dient ons het voorbeeld en de gezindheid van Jezus voor ogen te stellen, kan ze helpen in ons de goede gezindheid op te roepen. Die gezindheid wordt nader geëxpliciteerd in de onderscheiden deugden.

Principes belichaamd in deugden

Wij situeren de deugden op het niveau van de principes (zie 2a), omdat deugden te zien zijn als in een stabiele levenshouding belichaamde morele principes of waarden. Er zijn vele deugden te noemen. In het vorige hoofdstuk wezen we reeds op de traditionele drie christelijke en vier klassieke deugden (hfdst. V, § 3). Maar daarnaast zijn andere te noemen.

Voor MacIntyre, bij wiens definitie van praktijk we aansloten (hfdst. III, § 2.1; zie ook hfdst. V, § 3), hangen deugden nauw samen met sociale praktijken. Een goede, een excellente realisering van een praktijk vereist bepaalde deugden als rechtvaardigheid en moed.²⁵ Praktijken definiëren op deze wijze als het ware deugden. In hoofdstuk III werd betoogd dat de uitoefening van de medische praktijk de gelijktijdige realisering vereist van de normatieve principes van de diverse beoordelingswijzen, als 'zorg', honorering van patiëntenrechten, openheid en duidelijkheid, vakmatige competentie en dergelijke. Het zou voor de arts wel heel zwaar worden als de realisering van

die principes en daarmee verbonden regels elke keer weer een opnieuw overdachte persoonlijke beslissing zou vergen. De arts moet zich die principes zo eigen maken dat ze een vanzelfsprekend element worden in zijn optreden en handelen als arts. Ze moeten als het ware in het medisch handelen van de arts uitkristalliseren als professionele deugden. De 'know how' van de constitutieve principes en regels wordt dan een professionele habitus van de arts.

Deugden als vorm van liefde

In het spreken van Jezus en de apostelen over de christelijke levensstijl worden vaak deugden genoemd. De woorden die Paulus gebruikt om de vrucht van de Geest aan te duiden, namelijk liefde, blijdschap, vrede, lankmoedigheid, vriendelijkheid, goedheid, trouw, zachtmoedigheid, zelfbeheersing, kunnen als deugden worden opgevat (Galaten 5:22). Merk op dat hij spreekt over de vrucht van de Geest, in enkelvoud. Hiermee wordt aangegeven dat het leven van de mens als een eenheid is bedoeld, waarin de onderscheiden deugden als het ware manifestaties vormen van de liefde als element waarin de mens oorspronkelijk is geschapen, zoals de situatie dat vraagt.²⁶ De meervoudigheid van de deugden berust in deze visie niet op een meervoudigheid van het goede, maar in de meervoudigheid van de situaties waarin de liefde jegens de ander zich op aangepaste wijze manifesteert.²⁷ Ditzelfde geldt ook voor de zaligsprekingen (Mattheüs 5:1-12) die verwoorden wat het leven van de volgelingen van de Here Jezus behoort te kenmerken. De gedachte dat deugden samenhangen met situaties en verbanden van menselijk samenleven, sluit aan bij opvatting van de geneeskunst als praktijk.

Overigens wordt in de Bijbel ook vaak gesproken over ondeugden; een mens moet ook veel afleren (Galaten 5:19-21; Efeze 4: 25-31, etc.)

Ook in de christelijke visie op de mens is dan ook oefening in het goede leven nodig. "Oefent u in de godsvrucht", zegt de apostel (I Timotheüs 4:7, 6:11). Toch is dat niet de oorsprong van het moreel goede leven, van het leven zoals God dat bedoelt. De Bijbel spreekt hier gedifferentieerd over. Ook in de huidige situatie van een geschonden werkelijkheid en een vertroebeld zicht op Gods bedoeling, hebben mensen een besef van goed en kwaad en houden mensen zich tot op zekere hoogte aan geboden en wetten. Anders was menselijk samenleven ook niet mogelijk. In de schepping is iets van God op te merken en in het geweten ligt een besef van wetten die gelden (Romeinen 1, 2 en 3; zie ook § 5.1 bij 1a). Maar de Bijbel maakt ook duidelijk dat dit alles onvoldoende is om aan Gods bedoeling te

beantwoorden. Menselijke inspanning zal dit fundamentele tekort niet opheffen. Jezus Christus is dan ook allereerst gekomen als Redder om herstel van de betrekking met God weer mogelijk te maken. Pas voor wie Jezus heeft ontmoet als Verlosser begint de navolging van Jezus als voorbeeld een mogelijkheid te worden. Ook dan niet als zelfstandige prestatie van de gelovige, maar als verwezenlijking door de Heilige Geest van wat Christus heeft verworven. Een beeld dat de Bijbel in dit verband gebruikt, is dat van de Geest die Gods wet in het verstand zal leggen en in het hart zal schrijven (Hebreeën 8:10). De geboden van God worden als het ware tot deugden in het leven van de christen - dat is althans de bedoeling. In dit proces zijn het werk van de Geest en de activiteit en verantwoordelijkheid van de mens onnavolgbaar op elkaar betrokken (zie ook Hebreeën 4:12, 13; Efeze 2:10, Philippenzen 2:12, 13). Op deze wijze is er in een christelijke ethiek ook een nauwe verbondenheid tussen het act-perspectief en het actor-perspectief.

Phronèsis, prudentie

Dat bepaalde morele en professionele deugden nodig zijn voor een goede uitoefening van de medische praktijk betekent nog niet dat de deugden automatisch leiden tot in alle opzichten verantwoord medisch handelen. Een wezenlijk element in de deugdenethiek is de notie van phronèsis, prudentie, van een praktisch inzicht in concrete situaties en praktische wijsheid die juist weet te handelen (zie 3b; zie ook hfdst. V, § 3 en § 9). Deze prudentie vooronderstelt in het menselijke bestaan een gebied van vrijheid van handelen. In dat handelingsgebied is het aan de persoon zelf te beslissen wat in de concrete situatie leidt tot de realisering van de beste menselijke mogelijkheden. De prudentie doet zien welke beslissing dat is. Maar die 'beste menselijke mogelijkheden' krijgen hun inhoud vanuit een breder verstaan van betekenis en bestemming van het menselijk leven. Voor Aristoteles was dit het geslaagde leven als lid van de politieke gemeenschap. Daarin wordt de telos, het doel van het menszijn verwezenlijkt.

De prudentie is het vermogen om algemene kennis van theorieën en principes op de concrete situatie te betrekken en in te zien wat in die situatie het juiste handelen is, in het besef van de morele implicaties hiervan. Dit vermogen is nodig voor de arts, zowel vanuit medisch als vanuit ethisch gezichtspunt. Daarbij is het ethische niet iets dat van buitenaf het medische begrenst, maar is het medische zelf ethisch gekwalificeerd en vindt het medisch-technische handelen zijn bestemming als het zich door het ethische laat leiden (hfdst. III, § 3, hfdst. IV, § 4 en § 5). Dit is waartoe prudentie de deugdzaamste arts in staat

stelt. Dit betreft het medisch-technische handelen, maar kan ook liggen in de sfeer van een gesprek over psycho-sociale achtergronden van een klacht. Zoals de huisarts die bij een patiënt met nekpijn, die hiervoor al eerder kwam, in het gesprek voorzichtig naar voren brengt dat dit een uiting kan zijn van woede, verdriet of rouw en vraagt of er op dit vlak misschien problemen zijn. Dat leidt ertoe dat de patiënt met positief gevolg gaat werken aan een relationeel probleem.²⁸

Zowel het verwerven van deugden als van prudentie vereist een zekere vorming en oefening. De goede arts behoeft dan ook een morele vorming. Dit is niet in de eerste plaats het verwerven van expliciete kennis, al zal dat tot op zekere hoogte onontbeerlijk zijn, maar een zich eigen maken van de deugden en de prudentie in de medische praktijkuitoefening.²⁹

Fijnevoeligheid

Bij de invulling van zijn vrijheid oriënteert de christen zich niet op het geslaagde leven als lid van de politieke gemeenschap, zoals Aristoteles, noch op het overheersende gezondheidsideaal. De christen dient zijn vrijheid gestalte te geven in verantwoordelijkheid door daarin te beantwoorden aan Gods aanwijzingen voor het leven. En diens bredere perspectief ligt niet binnen de horizon van de menselijke samenleving, maar wordt gevormd door de persoon en het werk van Christus en zijn Rijk waarin de schepping verheerlijkt zal zijn. Die aanwijzingen en dat richtinggevend perspectief nemen evenwel de eigen verantwoordelijkheid niet weg; ze dienen in die verantwoordelijkheid opgenomen te worden. Om die verantwoordelijkheid waar te maken heeft de christen prudentie, praktische wijsheid nodig, die wordt gevoed en gericht door het geloofsverstaan van leven en werkelijkheid en door Gods geboden. Zo bidt Paulus voor de gemeente van Philippi "dat uw liefde nog steeds meer overvloedig moge zijn in alle helder inzicht en fijnevoeligheid, om te onderscheiden waarop het aankomt",³⁰ (Philippenzen 1:9; zie ook Colossenzen 4:5,6; Jacobus 1:5-8). Deze praktische wijsheid wordt geschonken, maar wordt tevens verworven (vgl. Spreuken 1:5, 2:1-6; I Corinthiërs 1:30). Zij kenmerkt zich vooral door morele kwaliteiten (Jacobus 3:17,18).

Prudentie en vertrouwen

Samenvattend kunnen we stellen dat de notie van prudentie ruimte geeft aan de eigen verantwoordelijkheid van de arts - niet alles is, noch in medisch, noch in ethisch opzicht geheel in regels vast te leggen - en tegelijkertijd in staat stelt die verantwoordelijkheid waar te

maken.³¹ Daarbij wordt de prudentie gevoed en gericht door de andere deugden en door de wijze waarop de mens zichzelf en de werkelijkheid verstaat en zich daartoe verhoudt. We willen dit aansluitend bij A. Troost (zie hfdst. V, § 8) verder uitwerken.

De abstractieniveaus 1-3 (zie fig. 2) corresponderen qua inhoudelijke invulling met dieptestructuren in de mens, te weten het ethos, disposities en prudentie.³² Met *ethos* bedoelen we de dieptelaag van de fundamentele wereld- en levensbeschouwelijke overtuigingen en daarmee corresponderende grondhouding ten opzichte van de werkelijkheid, (zie ook hfdst. III, § 5.2). In het schema van de niveaus van ethische bezinning correspondeert dit met overtuigingen op het hoogste niveau van wereld- en levensbeschouwing. Bij *disposities* gaat het om karakterstructuur en temperament, om nauw met het lichamelijke bestaan, waartoe ook erfelijke aanleg behoort, verbonden psychische geneigdheden.³³ Het gaat hier om een antropologische structuur waarin de deugden (maar ook de ondeugden) zich nestelen en die dus qua invulling correspondeert met het tweede niveau van de ethische bezinning, dat van de principes en normbeginselen. Het vermogen van de *prudentie*, waarover hierboven het nodige is gezegd, correspondeert met wat we in de christelijke invulling van dit niveau (3b) fijngevoeligheid hebben genoemd.³⁴ Prudentie is weliswaar een deugd van het verstand, maar is niet alleen iets van het intellect los van de verdere persoon. Prudentie is een uiting van de persoon, draagt het stempel van de persoonlijkheid met haar onderscheiden dieptestructuren. *We concluderen dat door de prudentie, dit is de gevormde praktische morele wijsheid, de deugden van de persoon, de geldende geboden ofwel plichten en normativiteit die in de situatie bestolen ligt (zie volgende paragraaf) worden geïntegreerd om te komen tot verantwoord handelen.*

Voor het medische handelen is dit alles zeer wezenlijk. Het gaat in de medische praktijk om de zorg voor de mens die een klacht heeft over zijn of haar gezondheid en zich tot de arts wendt om hulp, om zorg. Die klacht is, afhankelijk van de ernst, voor de patiënt meer of minder sterk verbonden met een geheel van betekenissen en ervaringen. De wijze waarop de arts omgaat met de klacht heeft invloed op heel het bestaan van de patiënt, op diens besef van eigenwaarde, diens verstaan van het eigen lichaam, etc. Om op de klacht goed te reageren - en dit kan inhouden dat er juist geen specifieke taak ligt voor de arts, maar verwezen moet worden - heeft de dokter een diversiteit aan deugden nodig. Wanneer dan via het stellen van een diagnose een medische ingreep als therapie geïndiceerd is, vindt deze plaats binnen het kader van een professionele zorgrelatie. De patiënt merkt of een arts zich concentreert op de klacht en de aandoening

en die behandelt, of hem medische zorg verleent *als persoon* met een klacht en een aandoening. In het laatste geval zal de patiënt de relatie met de arts eerder als een vertrouwensrelatie ervaren. Dit is, nog afgezien van de specifieke medische behandeling, in het algemeen bevorderlijk voor het herstel van de patiënt. Bovendien zal dan de patiënt minder geneigd zijn te gaan 'shoppen', hetgeen niet zelden de patiënt geen goed zou doen. Wel zal de arts het geschonken vertrouwen ook door competent medisch handelen waar moeten maken. Het toezicht van de professe op de kwaliteit van het handelen van de leden heeft zo bezien niet alleen een medisch motief, maar ook een medisch-ethisch. Het belang hiervan kan moeilijk worden overschat.

5.3 *Het situatie-perspectief*

In deze paragraaf wordt de ethische beoordeling van het handelen besproken vanuit het perspectief van de situatie waarin de actor zich bevindt en handelt. Hierin staat centraal wat de actor met het handelen beoogt en bereikte.

Fig. 5 *Het situatie-perspectief inhoudelijk ingevuld*

Abstractieniveaus	Niveaus van ethische bezinning	Levensbeschouwelijke invulling
1) Theorie	1a) Teleologie, doelethiek (goed handelen is wat het goede doel/gevolg beoogt)	1b) Ziekte, lijden, dood ~ gebrokenheid ten gevolge van zonde (zie hfdst. 2); Heil en heilheid door de Geest als teken van verlossing en het komende Rijk
2) Principe	2a) Structuuranalyse van medische praktijk; Bestemming: bevordering van het gezondheidsbelang van de patiënt, overige constitutieve regels van de medische praktijk	2b) Geneeskunde/gezondheidszorg tekenen van het Rijk, waarin de schepping tot bestemming komt
3) Regel	3a) Proportionaliteit (baten/lasten analyse voor patiënt) en subsidiariteit; resultaten 'technology assessment'; onderscheid preventieve, curatieve, palliatieve en terminale zorg	3b) Kwaliteit van leven in vergelijkende, niet in 'absolute' zin; medisch beleid gebaseerd op oordeel over handelen, niet over leven
4) Concreet oordeel	4a) Concreet oordeel	4b) Moreel oordeel in concrete situatie; geloof in Gods Voorzienigheid

Doelethiek

Het situatie-perspectief beoordeelt het handelen zoals zich dat in de situatie voltrekt en daarin een bepaald gevolg beoogt (zie 1a). De ethische theorie die hier centraal staat is de teleologie, de doelethiek, waarvan utilisme en consequentialisme bepaalde populaire vormen zijn. (Voor een bespreking van deze theorieën, zie hfdst. V, § 5.) De teleologie beoordeelt het handelen in ethisch opzicht vanuit het gewenste doel of resultaat.

Reeds op het eerste gezicht zal duidelijk zijn dat deze benadering voor de medische ethiek onmisbaar is. De medische praktijk heeft immers een duidelijke richting, een duidelijke bestemming, namelijk 'zorg' die is betrokken op het gezondheidsbelang van de patiënt. (In hfdst. III definieerden we 'zorg' als de normatieve houding die het welzijn van de ander als intrinsiek waardevol beschouwt.) Vaak wordt gesproken over doelen van de geneeskunde. Genoemd worden dan voorkomen of behandelen van ziekten en aandoeningen en het verlichten van lijden en van het stervensproces. Wij spreken liever over bestemming dan over doel (zie ook hfdst. III, § 2.2). In de eerste plaats omdat doelen veelal subject-gebonden zijn en het denken in termen van doelen gemakkelijk vervalt in het eerder besproken doel-middelschema waarin dan de geneeskunde een middel wordt om subjectieve doelen te realiseren (hfdst. III, § 2.1). De eigen aard en taak van geneeskunde en geneeskunst worden dan gemakkelijk uit het oog verloren. In de tweede plaats omdat de concentratie op doelen in de geneeskunst kan leiden tot de gedachte dat de arts geen taak meer heeft wanneer bepaalde doelen als verbeteren van gezondheid niet meer bereikbaar zijn. Binnen het kader van de bestemming en de regels die voor de praktijk gelden, kunnen arts en patiënt zich bepaalde, nog haalbare doelen stellen.

Bestemming en structuur

Met de verwijzing naar de eigen aard en de regels voor de medische praktijk zijn we op het principe-niveau (2a) gekomen van het situatie-perspectief. In een gegeven situatie is de actor ergens voor verantwoordelijk, voor een bepaalde stand van zaken met betrekking tot een bepaalde persoon of zaak. Maar dergelijke situaties waarin mensen verantwoordelijkheid dragen zijn niet volstrekt toevallig en willekeurig. Mensen leven in gemeenschappen en verbanden die een bepaalde ordening en verantwoordelijkheid meebrengen. Zelfs een willekeurige voorbijganger heeft bij een ongeluk de verantwoordelijkheid te helpen en hulpverlening te mobiliseren. De sociale werkelijkheid is niet een geheel van autonome individuen die naar subjectieve

keuze contractmatige relaties aangaan, maar is geordend in structuren die normativiteit en daarmee verantwoordelijkheid meebrengen. Inzicht in de verantwoordelijkheid die men heeft in een bepaalde situatie vereist daarom ook een normatieve analyse van die situatie. Dit geldt met name ook de arts-patiëntverhouding, die sterk aan een maatschappelijke ordening onderhevig is. In hoofdstuk III is een normatieve analyse gegeven van de medische praktijk. Daarin zijn diverse normen besproken die simultaan gerealiseerd moeten worden om de bestemming van de medische praktijk te verwerkelijken. Op dit principe-niveau van het situatie-perspectief situeren wij dan ook de structuur van de medische praktijk en de normatieve principes die hiervoor gelden. (De normatieve principes vormen de normatieve kern van de diverse gezichtspunten vanwaaruit een praktijk kan worden beoordeeld, als het ethische, het juridische, economische, sociale en technische gezichtspunt.)

Teken van de toekomst

De christelijk-levensbeschouwelijke achtergrond en invulling van de teleologie als ethische theorie en van de principes die voor de medische praktijk gelden, is in het schema met enkele trefwoorden aangeduid (zie 1b en 2b). Voorzover het de medische praktijk betreft zijn die noties reeds uitgewerkt in hoofdstuk II, § 5.2 en komen we daar nu niet op terug. We vestigen er wel opnieuw de aandacht op dat achter iedere opvatting omtrent aard, doel of bestemming van de geneeskunst levensbeschouwelijke opvattingen schuilen, die in de medische ethiek een rol spelen en daarom verwoord en verantwoord behoren te worden.

Proportionaliteit en subsidiariteit

Op het regel-niveau van de ethische bezinning (3a) plaatsen wij de regels die zijn verbonden met de normatieve principes die gelden voor de medische praktijk. Inhoudelijk hebben we het dan over dezelfde regels die we ook in het act-perspectief op het regel-niveau tegenkwamen. Maar in tegenstelling tot dat perspectief waarin die regels een plicht-karakter hebben, hebben ze binnen dit perspectief een doel-karakter: ze dienen om het gewenste doel te bereiken. Het utilisme waarvoor binnen dit situatie-perspectief plaats is - het gaat immers om het nut van de behandeling voor de patiënt - is dan ook een regel-utilisme. We laten de diverse regels waarover in hoofdstuk III uitvoeriger is gesproken nu verder rusten. Op twee regels die in de medische praktijk van groot belang zijn, willen we wel nader ingaan. Dit zijn de regels van *proportionaliteit* en *subsidiariteit*. Deze regels kun-

nen worden gezien als een verbinding van het technische principe van doelgericht ingrijpen respectievelijk met het ethische principe 'zorg' en het economische principe van 'zuinig beheer'.

Proportionaliteit wil zeggen dat het te verwachten positieve effect van een medische behandeling in verhouding moet staan met de negatieve neveneffecten en risico's ervan voor de patiënt. De patiënt moet, althans op enige termijn, meer baat dan nadeel ondervinden van de behandeling. Het middel moet niet erger zijn dan de kwaal. De proportionaliteitsregel speelt een belangrijke rol bij de vraag of een behandeling medisch zinvol is of niet. Over het onderscheid medisch zinvol/zinloos is en wordt in de literatuur uitvoerig gediscussieerd. In essentie kunnen we zeggen dat een proportionele behandeling een medisch zinvolle behandeling is en een disproportionele behandeling niet.³⁵ Hiermee zijn natuurlijk de problemen niet opgelost, want wanneer is een behandeling proportioneel? Er is een duidelijke tendens in de literatuur om de vraag naar de baten van een behandeling voor de patiënt te beantwoorden vanuit een oordeel over de actuele en toekomstige 'kwaliteit van leven' van de patiënt.³⁶ Omdat de term kwaliteit van leven meerduidig is, behelst deze ontwikkeling een belangrijke ethische kwestie.

Kwaliteit van leven

De term kwaliteit van leven (kvl) kan worden gebruikt in vergelijkende zin en in absolute zin (zie 3b). In het eerste geval gaat het om een beschrijving van de toestand van de patiënt in de loop van de tijd, met name voor en na een behandeling en om een vergelijking van de twee situaties teneinde het effect van de behandeling zo goed mogelijk in kaart te brengen. Die beschrijving kan door een zorgverlener worden uitgevoerd en heeft dan betrekking op objectief waarneembare vermogens van de patiënt, bijvoorbeeld ten aanzien van zelfredzaamheid, en diagnostiseerbare stoornissen bij de patiënt. De beschrijving kan ook betrekking hebben op het subjectieve welbevinden van de patiënt zoals vastgesteld kan worden met behulp van vragenlijsten. Kwaliteit van leven in een dergelijke beschrijvende zin speelt in de medische zorg onvermijdelijk een rol. Medische zorg is er namelijk op gericht de kwaliteit van leven van de patiënt zo goed mogelijk te handhaven of te verbeteren. Bij kvl in deze zin staat de vraag centraal wat een medische behandeling kan doen ten gunste van het welbevinden van de patiënt. Bij kvl in 'absolute' zin wordt de toestand van de patiënt grond voor een oordeel over de vraag of leven in die toestand nog wel 'leefbaar' is. De patiënt als persoon dreigt dan te worden geïdentificeerd met zijn onaanvaardbaar

geachte kul. Dit kan leiden tot een oordeel over een behandeling of zelfs opzettelijke levensbeëindiging op grond van een oordeel over de leefbaarheid en daarmee tenminste impliciet over de waarde van het leven van de patiënt. Dit oordeel gaat de medische competentie te buiten. Wel is duidelijk dat in een oordeel over de proportionaliteit van een behandeling hoe dan ook een waardeoordeel meekomt over de toestand van de patiënt. Dit waardeoordeel over de toestand mag echter niet leiden tot een waardeoordeel over het leven als zodanig, maar moet leiden tot een beslissing over de vraag wat aan die toestand gedaan kan en moet worden. De vraag naar de baten van een behandeling moet dan ook worden beantwoord vanuit de vraag naar de waarde van de behandeling voor het leven van de patiënt en niet vanuit de vraag naar de waarde van het leven. Dat in bepaalde gevallen in het antwoord op eerstgenoemde vraag impliciet, als het ware als onvermijdelijk neveneffect, een antwoord meekomt op de vraag naar de waarde van het leven, neemt het principiële verschil in intentie tussen beide benaderingen en daarmee het morele verschil, niet weg.³⁷

Eindigheid

De levensbeschouwelijke achtergrond van de proportionaliteitsregel wordt mede gevormd door de erkenning van de kwetsbaarheid en de sterfelijkheid van de mens en het besef dat de medische zorgverlening dienstbaar moet zijn aan de mens binnen normen en regels van de medische praktijk. Vooral wanneer in de laatste levensfase sprake is van een ongeneeslijke ziekte is er het gevaar van een beheersingsstreven dat enerzijds niet kan laten sterven en anderzijds zich kan uiten in het opzettelijk beëindigen van het leven (vgl. hfdst. I, § 11). Christenen die het laatste afwijzen, lopen soms het gevaar in de eerste vorm van beheersingsstreven te vervallen, soms mede als reactie op de vrees dat anders sprake zou zijn van euthanasie.

Onderscheiden behandelstadia en proportionaliteit

Een zinvolle uitwerking van de proportionaliteitsgedachte biedt het onderscheiden van verschillende behandelingsstadia waarin een patiënt zich kan bevinden. Dit zijn het preventieve, het curatieve, het palliatieve en het terminale stadium.³⁸ (Zie 3a en 3b; in deze paragraaf wordt met de beschrijving tegelijk een levensbeschouwelijke invulling gegeven).

Bij het *preventieve stadium* gaat het om personen die nog geen ziekteverschijnselen vertonen, maar die door wat voor omstandigheden ook een (verhoogde) kans hebben op een bepaalde ziekte of aandoening.

Door gerichte maatregelen kan die kans worden verlaagd of tijdig een therapie worden ingesteld. In de eerste plaats kan hierbij worden gedacht aan de levensstijl van mensen ten aanzien van voeding, gebruik van genotmiddelen, lichaamsbeweging, leeftempo en dergelijke, waardoor de kans op bepaalde aandoeningen als hart- en vaatziekten en kanker sterk kunnen worden beïnvloed. Vanuit het zorgsysteem bezien heeft preventie vooral betrekking op de zorg voor zwangeren en zuigelingen (o.a. vaccinaties) en bevolkingsonderzoeken. Dit laatste betreft het gericht aanbieden van een bepaald diagnostisch onderzoek aan bepaalde groepen van de bevolking.³⁹ Een bekend voorbeeld is de hiehprik bij pasgeborenen waarbij het bloed wordt onderzocht op twee erfelijke stofwisselingsziekten. Door een aangepast dieet kunnen nadelige gevolgen van de erfelijke afwijking worden voorkomen. Andere voorbeelden zijn de bevolkingsonderzoeken op baarmoederhalskanker (het uitstrijkje) en borstkanker bij vrouwen. Meer omstreken zijn bevolkingsonderzoeken gericht op het vaststellen van een aangeboren aandoening bij ongeboren kinderen⁴⁰ of dragerschap van een erfelijke afwijking.

Het belang van preventieve geneeskunde zal in de nabije toekomst ongetwijfeld toenemen door de toenemende kennis van genetische aanleg voor bepaalde, later in het leven optredende ziekten. Er is inmiddels een aantal erfelijke afwijkingen bekend die een (sterk) verhoogde kans geven op een bepaalde vorm van kanker. Door gerichte maatregelen als regelmatig medisch onderzoek of operatie kan vaak de kans daarop verkleind worden. Maar ook voor hart- en vaatziekten en bijvoorbeeld psychische aandoeningen, zoals manische depressiviteit, en de ziekte van Alzheimer kan iemand erfelijke aanleg hebben. Beseft moet worden dat die erfelijke aanleg niet zondermeer de ziekte veroorzaakt, maar hierop binnen een bepaald leefmilieu een verhoogde kans geeft. Hierdoor brengt de mogelijkheid van een test op een dergelijke aanleg ook een zekere spanning mee. Die aanleg geeft statistisch gezien, gegeven fysieke en sociale milieu-omstandigheden, een verhoogde kans. Maar door verandering van levensstijl, leefomstandigheden en eventueel medische zorg kan die kans weer gunstig worden beïnvloed. Anderzijds is het de vraag of het weten van een dergelijke aanleg (lang) voordat er symptomen zijn te verwachten, niet veel psychische, sociale en geestelijke problemen kan meebrengen. Er ontstaat hier binnen de gezondheidszorg een nieuw terrein waarover nog weinig bekend is, maar waar verder onderzoek en diepgaande bezinning broodnodig zijn. Temeer daar de toenemende mogelijkheden van presymptomatische tests een verschuiving zouden kunnen teweegbrengen van een gezondheidszorg die zich vooral

richt op de verzorging en behandeling van zieken, naar een gezondheidsstelsel dat door tests en andere maatregelen mensen wil maken tot managers van eigen gezondheid. Ze zouden hiervoor dan ook zelf verantwoordelijk zijn. Aandacht voor de eigen verantwoordelijkheid heeft onze sympathie, evenals allerlei vormen van preventie. Maar een te sterke nadruk daarop wekt ten onrechte de indruk van een vrijwel totale beheersbaarheid en zou de illusie kunnen oproepen van een leven zonder lijden. Mede door de groeiende kosten van de gezondheidszorg zou deze ontwikkeling ziekte al meer maken tot een kwestie van eigen schuld, hetgeen tot marginalisering van zorgvoorzieningen zou kunnen leiden. Dit is een tamelijk somber scenario. Er zijn geen dwingende redenen om te verwachten dat dit zich zal realiseren. Maar in het licht van het hedendaagse gezondheidsdrama, de hoge verwachtingen van de geneeskunde en de voortdurende druk op de kosten van de gezondheidszorg is een dergelijke ontwikkeling ook allerminst uitgesloten. Wij zien hier een gevaar dat we graag willen afwenden.

Ook bij vormen van preventieve geneeskunde geldt de proportionaliteitsregel. Maar bij grootschalige programma's dient die niet alleen betrokken te worden op de individuen bij wie een ziekte of aandoening wordt voorkómen. Een periodiek bevolkingsonderzoek op borstkanker bij vrouwen in een bepaalde leeftijdsgroep heeft voor degene bij wie in een vroeg stadium borstkanker wordt ontdekt ongetwijfeld een gunstige baten/lasten-verhouding. Maar in een evaluatie van het programma dienen ook de nadelige effecten te worden meegerekend voor de vrouwen die zich 'voor niets' laten onderzoeken (een klein aantal krijgt mede door de röntgentest kanker, er is onnodige onrust rond de test met name bij fout-positieve diagnose, medicalisering e.d.). Maatschappelijke en psycho-sociale implicaties van medische onderzoeken zijn vaak diffuus en moeilijk meetbaar, maar mogen niet vergeten worden. Hiermee is overigens over het genoemde voorbeeld geen oordeel gegeven.

Het *curatieve stadium* betreft de situatie dat een patiënt een behandelbare ziekte heeft. De doelstelling van de behandeling is dan genezing en daarmee in veel gevallen voorkomen van het overlijden. Als genezing van een levensbedreigende ziekte door een bepaalde behandeling mogelijk is, dan kan een behandeling die behoorlijk belastend is voor de patiënt en een significante mortaliteit heeft, nog proportioneel worden geacht.

Van het *palliatieve stadium* spreken we, wanneer de patiënt een aandoening of ziekte heeft die medisch gesproken ongeneeslijk is. De primaire doelstelling van het medisch handelen is dan ook niet meer

de genezing, maar het zoveel mogelijk verlichten van het lijden met tegelijkertijd de instandhouding van het leven. Dit neemt niet weg dat in dit stadium bepaalde behandelingen op zichzelf nog gericht kunnen zijn op genezing van een bepaalde bijkomende aandoening, bijvoorbeeld infecties, of het verhelpen van klachten, bijvoorbeeld constipatie. Maar dergelijke behandelingen zijn alleen proportioneel wanneer ze bijdragen aan de verlichting van het lijden van de patiënt.

Van het *terminale stadium* is sprake, wanneer moet worden geconstateerd dat de patiënt op korte termijn zal overlijden. Alle medische handelingen dienen gericht te zijn op verlichting van het lijden. Geen enkele toxiciteit van op curatie gerichte medicijnen is acceptabel, wel van geneesmiddelen en behandelingen die verlichting bewerkten. In deze fase blijven voedsel en vocht wel beschikbaar, maar wanneer voedsel- en vochtopname langs de natuurlijke weg niet meer mogelijk zijn, worden als regel geen pogingen ondernomen die kunstmatig (sondes, etc.) toe te dienen. De intentie van een dergelijk abtinerend beleid is het lijden te verlichten zonder het stervensproces te rekken, om geen lijden toe te voegen aan wat de patiënt reeds doormaakt.

Het proportionaliteitsprincipe houdt dus nadrukkelijk rekening met de situatie van de patiënt. Een bepaalde medische ingreep kan in een bepaald behandlungsstadium proportioneel zijn, maar behoeft dat in een ander stadium niet meer te zijn. Tot de medische zorgplicht behoren die ingrepen en behandelingen, die in de gegeven situatie proportioneel worden geacht. Bij een adequaat geïnformeerde wilsbekwame patiënt houdt dit in, dat de arts de betreffende ingrepen en behandelingen aan de patiënt aanbiedt als goed medisch handelen. Een wilsbekwame patiënt bepaalt formeel zelf of hij of zij een voorgestelde behandeling wil ondergaan of niet. Maar een dergelijke beslissing zal in de praktijk sterk afhangen van de informatie die de arts verstrekt en de wijze waarop dat gebeurt. Verder hebben ook andere gezins- of familieleden vaak invloed op de besluitvorming van de patiënt. Naarmate de patiënt zelf verminderd wilsbekwaam is, neemt zowel de betekenis van familie of van een eventueel vooraf door de patiënt gemachtigde persoon als de inbreng van de arts in de besluitvorming toe.

De mens is gesteld in relaties die verantwoordelijkheden meebrengen. Waar een mens zelf de opdracht tot verzorging en bescherming van zijn leven niet meer kan vervullen, behoren anderen dit over te nemen. Die anderen zijn in eerste instantie de naaststaanden met wie speciale relaties bestaan. (In de Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst, is de toestemmingsvereiste wettelijk vastge-

legd.) De arts dient te trachten zich een zo goed mogelijk oordeel te vormen over de situatie als geheel en niet alleen over de medische toestand van de patiënt. Wensen en verlangens van patiënten en hun familie zijn in het algemeen verweven met hun levensverhaal. De identiteit van mensen is nauw met hun levensloop verbonden. Recht doen aan mensen betekent hun geschiedenis en hun voorgeslacht serieus nemen. De narratieve benadering van ethiek heeft voor de biografische eenheid van een mensenleven en van beslissingen van mensen terecht opnieuw aandacht gevraagd.⁴¹ Toch kan een narratieve ethiek onzes inziens nooit een zelfstandige normatieve ethiek zijn. Het zou althans tot een soort naturalistische ethiek leiden: de levensgeschiedenis, dat wat gebeurd en beleefd is, wordt tot bepalende norm. Dit is wijsgerig en praktisch onhoudbaar.

Subsidiariteit

Het principe van de *subsidiariteit* (zie 3a) stelt dat de minst ingrijpende, belastende, kostbare behandeling gegeven moet worden die tot het beoogde resultaat kan leiden. Anders gezegd, dit beginsel verzet zich tegen het uitvoeren van een behandeling als hetzelfde doel ook op minder belastende, riskante en kostbare wijze bereikt kan worden. In deze formulering ligt zowel de medische subsidiariteit (minste belasting en risico's) als de economische subsidiariteit (minst kostbare) besloten. In de praktijk kunnen deze twee vormen van subsidiariteit op gespannen voet staan. Een vraag die in dit verband kan worden gesteld, is of het überhaupt wel legitiem is om financiële factoren af te wegen tegen medische. Wij menen van wel. De competente uitoefening van de medische praktijk vereist de gelijktijdige realisering van een aantal normen waaronder economische. Het economische aspect behoort structureel tot de medische praktijk. Maar het mag niet het belangrijkste zijn; de medische praktijk is geen economisch bedrijf maar wordt gekenmerkt door het principe 'zorg'. Maar binnen de ruimte van wat goede zorg genoemd kan worden, moet een zo doelmatig mogelijke zorgverlening nagestreefd worden. Een voorbeeld is het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) dat ondermeer een systeem van referentieprijzen inhoudt voor geneesmiddelen. De consequentie is dat voor een relatief duur merkgeneesmiddel niet méér wordt vergoed dan de referentieprijs die ligt in de orde van goedkopere generieke geneesmiddelen die in principe qua werkzaamheid vergelijkbaar zijn met het merkgeneesmiddel.

Een enkele opmerking in dit verband over 'medical technology assessment' (MTA). MTA is evaluatie-onderzoek van medische voorzichten gericht op ondersteuning van besluitvorming omtrent die

voorzieningen; in de evaluatie worden niet alleen medische effectiviteit en kosten-effectiviteit maar ook ethische, juridische, organisatorische en maatschappelijke aspecten onderzocht.⁴² Met name wanneer het gaat om het vaststellen van de effectiviteit van medische diagnostiek of behandelingen en om onderlinge vergelijking qua kosten-effectiviteit van diverse vormen van diagnostiek of behandelingen voor een bepaalde aandoening, kan MTA goede diensten bewijzen. De mogelijkheden met name van medische diagnostiek zijn zo complex geworden dat het bij bepaalde klachten beter niet aan de wijsheid van de individuele arts overgelaten kan worden welke diagnostiek wordt gebruikt, maar een protocol wordt gevolgd dat door vergelijkende studies is opgesteld. Een mooi voorbeeld is het protocol inzake diagnostiek van een longembolie.⁴³ Een longembolie heeft een aanzienlijke mortaliteit die door behandeling drastisch verlaagd kan worden. De klinische diagnose is echter erg moeilijk. Er bestaan verscheidene diagnostische technieken die echter alle een zekere belasting en soms een bepaalde mortaliteit meebrengen en met grotere of kleinere onzekerheden gepaard gaan. Bij een niet optimale volgorde van diagnostische technieken worden enerzijds embolieën onnodig gemist, terwijl anderzijds ten onrechte de diagnose wordt gesteld of onnodig vaak belastende diagnostiek wordt gebruikt. Het opgestelde protocol voorziet in een diagnostische strategie die zowel mensenlevens spaart als kosten-effectief is. Dit protocol behelst ondermeer de relatief snelle inzet van kostbare, hoog-technologische diagnostiek. Interessant is dat hier de medisch-technische, de economische en medisch-ethische normen parallel lopen. Ook bij therapieën worden dergelijke therapeutische studies uitgevoerd en richtlijnen opgesteld.

MTA dient zich evenwel niet tot bestudering van medische effectiviteit en doelmatigheid te beperken. Ook ethische, maatschappelijke en juridische implicaties van nieuwe technieken dienen bestudeerd te worden. In veel gevallen zullen nieuwe technieken of handelwijzen niet tot speciale vragen leiden (zie bovengenoemd protocol) maar in andere wel, zoals bijvoorbeeld nieuwe voortplantingstechnieken. Die ethische, maatschappelijke en juridische implicaties dienen dan betrokken te worden bij een besluit over de vraag of de nieuwe techniek algemeen beschikbaar gesteld en vergoed moet worden, en zo ja, bij welke indicaties. Dit houdt ook in dat bij dergelijke beslissingen niet alleen kosten-effectiviteit in de zin van gezondheids- en levenswinst tegenover de financiële kosten, doorslaggevend mag zijn.

Het blijkt dat de regels van proportionaliteit en subsidiariteit in de geneeskunde een belangrijke rol vervullen. Tevens zien we dat het

bepalen daarvan niet alleen rationele afwegingen vereist, maar ook inzicht en onderscheidingsvermogen, zowel in medisch als in ethisch opzicht en voor wat betreft hun onderlinge verhouding. In dit zo belangrijke facet van de medische zorg blijkt de prudentie onmisbaar te zijn. Daarnaast zal duidelijk zijn dat dergelijke afwegingen mede worden gestuurd door allerlei regulatieve ideeën omtrent de betekenis van leven en gezondheid en de medische praktijk.

6. Drieërlei verantwoording

6.1 Drie perspectieven, één ethiek

In bovenstaande paragraaf hebben wij in hoofdzaak drie antwoorden op de vraag naar het goede leven, drie concepten van het goede leven besproken, te weten deontologie, deugdenethiek en teleologie. Daarbij is steeds de 'structuur' van een bepaald concept ingevuld vanuit een christelijke wereld- en levensbeschouwing. We komen nu nog kort terug op een vooraf gemaakte opmerking, namelijk dat ons model van christelijke ethiek in het begrip verantwoordelijkheid een integratie poogt te geven van de drie behandelde perspectieven en daarom als een vorm van verantwoordelijkheidsethiek kan worden gezien (§ 3). *In deze verantwoordelijkheidsethiek vormen de drie genoemde concepten elk een normatief perspectief op het handelen.* Het moreel goede handelen is het handelen dat vanuit de drie perspectieven kan worden verantwoord. Het erkent bepaalde plichten, in eerste instantie nog onafhankelijk van de intentie en gevolgen van het handelen. Maar binnen de ruimte die oriënterende plichten en geboden open laten en bij conflicten van plichten moet het handelen ook vanuit de gevolgen verantwoord kunnen worden. Dit wil zeggen dat de gevolgen ook aan bepaalde normen, aan opvattingen over het goede leven worden getoetst. Het leven van een mens bestaat echter niet uit een aaneenrijging van onsamenhangende handelingen die als handeling en qua gevolgen aan bepaalde normen moeten voldoen. Een mens leeft en handelt in bepaalde verbanden, in praktijken die een eigen structuur en normativiteit hebben. Het handelen in de zin van alle intentionele gedrag (hfdst. II, § 2) bestaat enerzijds uit een schier eindeloos aantal en verscheidenheid aan handelingen, maar vertoont anderzijds een samenhang en een patroon. Het in al die handelingen voldoen aan al de normativiteit, aan al de regels die in die verbanden en praktijken gelden, vereist dat de actor zich normen als stabiele handelingspatronen, als deugden heeft eigen gemaakt. En het vraagt van de actor prudentie, dit is een praktische wijsheid, een helder inzicht en morele fijngevoeligheid die in de con-

crete situatie de morele implicaties van het handelen onderscheidt en de geldende normativiteit op de situatie weet te betrekken. In de medische zorgverlening kan dit buitengewoon moeilijk zijn. Op de zorgverlener kunnen zeer sterke conflicterende morele aanspraken afkomen. Medische en verpleegkundige zorgverleners worden soms geconfronteerd met een lijden dat verbijstert en waarbij ethische regels vervagen en de gevolgen van elk handelen ongewenst zijn. Juist dan is het van belang dat de zorgverlener niet alleen technisch competent is, maar ook morele wijsheid en onderscheidingsvermogen bezit. De zorgverlener zal altijd bereid moeten zijn zijn handelwijze te verantwoorden, zonder dat een geslaagde verantwoording in een bepaald uniek geval zulk handelen in een min of meer vergelijkbaar geval bij voorbaat kan rechtvaardigen.

6.2 Doen of laten

Een eenzijdige concentratie op een van de drie perspectieven leidt in de praktijk tot het voorbijgaan aan bepaalde morele dimensies. We zien dit momenteel vooral in de grote aandacht voor het consequentialisme. Dit speelt ondermeer een rol in discussies over levensbeëindigend handelen. In onder andere enkele rapporten vanuit de medische beroepsgroep worden zowel het staken van (levensverlengende) behandelingen als het opzettelijk toedienen van dodende middelen gerekend tot levensbeëindigend handelen, omdat volgens die rapporten al die vormen van handelen een verkorting van het leven teweegbrengen.⁴⁴ Deze vormen van handelen worden dus in eerste instantie moreel verwant, zo niet gelijkwaardig geacht omdat ze hetzelfde *gevolg* hebben. Deze gelijkschakeling gaat dus voorbij aan de taak en de intentie van de arts in die specifieke situatie en aan de vraag naar de causaliteit tussen het handelen van de arts en het intreden van de dood.⁴⁵ De vraag of het staken of niet instellen van een behandeling bij een wilsonbekwame patiënt moreel verantwoord is, hangt afgezien van de wens van iemand die wettelijk bevoegd is voor de patiënt te beslissen, af van de vraag of de behandeling (nog) medisch zinvol is (zie § 5.3). De arts behandelt op grond van een medische indicatie; wanneer de behandeling *disproportioneel* is geworden, vervalt de grond hiervoor. Het besluit tot staken wordt dan niet ingegeven door de intentie het leven van de patiënt te bekorten of te beëindigen, maar door de constatering dat de grond ervoor is vervallen. Het is dan onjuist de dood toe te schrijven aan het staken van die behandeling. Het sterven is dan niet het gevolg van het staken, maar van de *aandoening* die niet meer op proportionele wijze bestreden kan worden. De arts treedt terug met zijn medische techniek, omdat het

gebruik ervan voor de patiënt niet meer proportioneel is.⁴⁶ Voor zijn handelwijze en derhalve voor het laten sterven van de patiënt is de arts wel verantwoordelijk in de zin dat hij het moet kunnen verantwoorden, maar niet in de zin dat hij dat teweegbrengt. Alleen als een medisch zinvolle behandeling wordt gestaakt met het doel het leven van de patiënt te beëindigen en de patiënt overlijdt, is het sterven het gevolg van het nalaten van de arts. Dan bestaat voor de morele (en juridische) beoordeling een causale relatie tussen het 'staken' en de dood van de patiënt. Dit is ook het geval bij het toedienen van dodende middelen. Dan zijn middel en intentie gericht op de dood, die van dat handelen dan ook het directe gevolg is. Het moreel cruciale verschil ligt dus niet tussen 'laten sterven' en 'doen sterven', maar reeds tussen het staken (of niet-instellen) van een medisch zinloze dan wel van een medisch zinvolle behandeling. Alleen wanneer men het handelen beoordeelt op grond van het gevolg *en* de arts verantwoordelijk stelt (in de zin van 'schuldig') voor alle gevolgen, zijn laten en doen sterven moreel (vrijwel) gelijkwaardig. Het eerste behelst een eenzijdige ethische beoordeling; het tweede beziet het medische handelen te zeer als een volledig beheersen van de toestand van de patiënt en overschat de verantwoordelijkheid van de arts.⁴⁷

Er zijn situaties waarin laten en doen sterven althans voor het oog dicht bij elkaar komen. Bijvoorbeeld wanneer wordt vastgesteld dat de beademing van een pasgeborene op grond van ademhalingsproblematiek (respiratoire insufficiëntie) zinloos is geworden en gestaakt moet worden, maar de behandelend arts terecht de baby geen verstikkingsproces wil laten doormaken. Terwijl de beademing wordt gestaakt, zal de medicatie die het kind kreeg wegens de beademing (o.a. spierverslapping en morfine), worden voortgezet. Deze zorgt ervoor dat de baby spoedig en rustig overlijdt. Het morele oordeel over zulk handelen zal zich niet alleen moeten baseren op handeling en gevolg, maar vooral ook op de competentie en de intentie van de arts.

6.3 Gevolgen als maatstaf?

Verzelfstandiging van het consequentialisme heeft nog een belangrijke implicatie voor de ethiekbeoefening. Wanneer de gevolgen bepalen of het handelen moreel verantwoord is, kan de vraag opkomen hoe die gevolgen kunnen en moeten worden vastgesteld. Veel moderne medische behandelingen hebben namelijk een vrij concreet aanwijsbaar gewenst gevolg voor bepaalde personen die de behandeling wensen te ondergaan. We kunnen denken aan orgaantransplantaties, kunstmatige voortplantingstechnieken, bevolkingsonderzoeken (zie

hierboven). Maar zulke technieken hebben ook meer diffuse langere termijn gevolgen voor bepaalde betrokkenen, voor bepaalde sociale verhoudingen en voor de samenleving. Bijvoorbeeld, wat betekent het voor een kind, geboren na kunstmatige inseminatie met donorsperma, dat het de identiteit van de genetische vader niet kan achterhalen? Welke psychische gevolgen kan een (selectieve) abortus provocatus hebben voor de vrouw? etc. Een belangrijke vraag met betrekking tot die eventuele negatieve gevolgen is hoe groot de kans is dat ze optreden en in welke mate. De overwaardering van het wetenschappelijk denken in de geneeskunst brengt mee dat dergelijke gevaren vaak alleen in de ethische standpuntbepaling worden verdisconteerd, wanneer ze zijn aangetoond door middel van wetenschappelijk onderzoek. Maar dergelijk onderzoek gaat per definitie uit van een gereduceerde visie op het leven, waarin de morele en geestelijke dimensies van het leven slechts een indirecte, ondergeschikte rol spelen (zie hfdst. I, § 9). Wanneer alleen wetenschappelijk aangetoonde negatieve gevolgen als relevant ethisch bezwaar worden erkend tegen nieuwe ingrepen, betekent dit dat de wetenschap naast de medische zorg ook de medische ethiek overheerst. Een consequentialistische medische ethiek versterkt dus de greep van de gereduceerde, wetenschappelijke benadering van de mens op de medische praktijk. Om aan deze greep te ontkomen dient de ethische bezinning ook vanuit de andere perspectieven plaats te vinden.

6.4 Publiek en privé

In dit verband past een enkele opmerking over de splitsing tussen publiek en privé die kenmerkend is voor de liberale moraal, die sterke nadruk legt op het autonomie-principe. Wat geldt voor de publieke moraal, zoals die bijvoorbeeld tot uitdrukking komt in het overheidsbeleid, wordt vastgesteld in een beraad waarin alleen rationele overwegingen gelden.⁴⁸ Deze publieke moraal moet zo 'smal', zo beperkt mogelijk blijven om de autonomie van alle burgers zoveel mogelijk te respecteren, dit wil zeggen hun de ruimte te bieden voor hun privé-moraal, die ieder vanuit godsdienst of levensbeschouwing kan invullen. De intentie mensen zo weinig mogelijk publieke moraal op te leggen waar velen persoonlijk niet achter zullen kunnen staan, kan op zich positief worden gewaardeerd. (Overigens kan dit ook samenhangen met onderlinge onverschilligheid.) Maar een belangrijke vraag in dit concept is of die splitsing wel bestaat. Medische zorg wordt geacht te behoren tot de privésfeer, waarmee de publieke moraal zich niet moet bemoeien. Medisch-technische mogelijkheden moeten op grond van het autonomieprincipe zoveel mogelijk aan de

individuele zorggebruiker worden aangeboden zodat ieder zelf haar of zijn keuze kan maken. Maar met name bij ethisch omstreden ingrepen als bepaalde kunstmatige voortplantingstechnieken, euthanasie, prenatale diagnostiek gekoppeld aan de mogelijkheid van selectieve abortus provocatus, transplantatie van weefsel afkomstig van geaborteerde foetussen en dergelijke, laten de keuzes van individuen de publieke moraal niet ongemoeid. Als dergelijke ingrepen worden aangeboden en mensen daarvan in toenemende mate gebruik gaan maken, zal daardoor de publieke moraal met name in de gezondheidszorg veranderen. Dit gaat ook diegenen aan die ethische bezwaren hebben tegen dergelijke ingrepen. Honorering van de autonomie van sommigen brengt zo op termijn een beperking mee van de autonomie van anderen, al was het alleen maar door een bepaalde sociale druk tot keuzes waar men persoonlijk niet achter staat. De ontwikkelingen van medische mogelijkheden zullen niet alleen bepaald mogen worden door wat technisch kan en wat bepaalde individuele zorggebruikers willen, maar vereist een veel bredere morele en maatschappelijke verantwoording.

7. Christelijke ethiek in een pluralistische samenleving

7.1 Drieërlei werking

In het bovenstaande zijn contouren gegeven van een christelijke medische ethiek als een vorm van een verantwoordelijkheidsethiek. De vraag komt op voor wie deze ethiek is bedoeld. Het voor de hand liggende antwoord is: voor christenen. Dit is op zichzelf juist. Maar dit antwoord roept ook vragen op. Is christelijke ethiek alleen voor christenen? Is de christelijke moraal dan een groepsmoraal naast diverse andere, die aan niet-christenen geen boodschap heeft? (Moraal verstaan als praktijk van het zedelijke leven van een bepaalde groep mensen.) Erkent de christelijke ethiek principieel het ethisch pluralisme van de moderne samenleving? Vanouds is de boodschap van de Bijbel als een universele, voor iedereen geldende boodschap verstaan.⁴⁹

In de bespreking van deze kwestie sluiten we aan bij een thema dat in de christelijke, en vooral in de gereformeerde ethiek een belangrijke plaats heeft gehad. Dit is het drieërlei gebruik, oftewel de drievoudige functie van de Wet van God in het menselijk leven en samenleven. Het eerste gebruik is het politieke, het tweede het pedagogische en het derde het didactische gebruik.⁵⁰ We leggen dit kort uit.

De eerste functie van de wet is de politieke functie: de wet als instrument om het kwaad te bedwingen in het persoonlijke en publieke

leven om het leven en samenleven te beschermen (vgl. Romeinen 13:1-7). Deze functie van de Wet is algemeen, zij geldt alle mensen.

De tweede functie van de wet is de pedagogische, waarin de wet fungeert als een spiegel waarin de mens zichzelf en zijn verkeerde, zondige aard leert kennen en leert inzien dat hij de wet nooit kan houden op een wijze die God vraagt (Romeinen 3:20). De bedoeling hiervan is dat de mens de verlossing zoekt bij de Here Jezus Christus (zie Galaten 3).

Het derde, het didactische gebruik van de wet, is het gebruik van de wet als leefregel, richtsnoer voor het leven van de gelovige. Deze tracht de wet niet meer te houden in een poging zichzelf te rechtvaardigen en te verlossen, maar leeft vanuit de geschonken verlossing een leven dat God aangenaam is, en dat is een leven in overeenstemming met zijn Woord. In het derde gebruik gaat het om de Wet zoals deze door Jezus is geradicaliseerd naar haar diepste intentie. Dan gaat het niet meer om correctie van gedrag alleen, maar om een innerlijke vernieuwing door de Heilige Geest, waarbij de Wet in het hart en in het verstand wordt gelegd (Hebreeën 8) en de mens van binnenuit gaat verlangen zijn leven in te richten volgens de bedoeling van die Wet. De drieërlei functie van de Wet betreft niet drie zelfstandige functies, maar drie manieren waarop de ene Wet in het leven van mensen werkzaam wil zijn.

Voor een verheldering van de opstelling van christenen met hun ethiek in de moderne samenleving is het onzes inziens vruchtbaar de drie functies van de Wet te verbinden met drie visies op de wijze waarop het Woord van God zich verhoudt tot de cultuur. Dit heeft direct betrekking op de christelijke ethiek als deze wordt gezien als een bepaalde toespitsing en verwerking van het Woord. Die drie visies of benaderingen zijn het Woord als verbetering van de cultuur, als kritiek op de cultuur en als heiliging van de cultuur.⁵¹

De eerste visie ziet het Woord als verbetering van de cultuur. Het Woord tracht verstoring en perversie van de schepping in de cultuur tegen te gaan. In deze visie is Gods Woord verbonden met wat er in de cultuur is aan goeds en schoons en moreel besef en sluit daarbij aan. Maar het wil de cultuur op de weg van het 'goede leven' een stapje verder brengen. Deze benadering heeft uitdrukking gevonden in natuurethiek-theorieën en in kerkelijke en theologische stromingen die benadrukken dat in de christelijke ethiek het uiteindelijk gaat om het humane. Deze visie is verwant met een ethiek die zich meer richt op de schepping of de natuur dan op het Koninkrijk van God (vgl. hfdst. V, § 7 en § 9).

In de tweede visie stelt het Woord de cultuur fundamenteel onder

kritiek. Voor iedere cultuur geldt primair dat ze van God is afgefallen en vervreemd (bijv. I Johannes 5:19). Slechts door gehoor te geven en geloof te hechten aan het Evangelie kan in de christelijke gemeente, in de navolging van Jezus, een begin worden gemaakt met het leven naar Gods wil. Deze opvatting benadrukt de radicaliteit van de zonde, het bederf van de schepping en de fundamentele breuk tussen alle menselijke moraal en het Koninkrijk van God. Dit kan ook de pijn doen ervaren van het onrecht en de gebrokenheid in het leven. Strikt vanuit deze benadering kan deelname aan het ethische debat in een pluralistische samenleving alleen de vorm aannemen van evangelieverkondiging en oproep tot bekering.

De derde verhouding is die van het Woord als vernieuwing van de cultuur. Deze benadering is niet een soort middenweg tussen de eerste en de tweede. De eerste visie neemt de cultuur wel, maar het kwaad en de zonde niet voldoende serieus. De tweede neemt wel het kwaad en de zonde serieus, maar te weinig de cultuur en het bijbelse gegeven dat ook onze geschonden wereld ten diepste nog altijd schepping is. In de derde visie staat de overtuiging centraal dat in het Koninkrijk van God de *schepping* en de cultuur ook naar haar materiële zijde, verlost en vernieuwd zullen zijn. De verlossing betekent niet het opgeven van de geschapen en culturele werkelijkheid, maar de vernieuwing ervan (vgl. Openbaring 21:24-26). Dit houdt in dat de oorspronkelijke bedoeling ervan gestalte krijgt. Dit vereist dat het leven, de levensverbanden en alle schepselen betrokken worden op God en zo hun bestemming vinden. Een voorbeeld uit de Bijbel is Paulus, die zijn wetsgetrouwe opvoeding en grote kennis van Gods wetten en hun uitleg had verzelfstandigd tot een weg van zelfverlossing. Na de ontmoeting met Jezus Christus komt die kennis in een heel nieuw licht en perspectief te staan en wordt dienstbaar aan het Evangelie van Christus. Zo kunnen ook kennis en vaardigheden, bijvoorbeeld vormen van geneeskunde, maar ook kunstvormen, technieken, voedingsgewoonten etc., uit de diverse culturen door het Evangelie worden getransformeerd, geheiligd tot dienstbaarheid aan het Koninkrijk van God en daarmee aan het heil van mensen. De gemeente is geroepen aan de *heiliging van cultuuruitingen*, als *gestalten van de levensheiliging*, vorm te geven om zo de betekenis van Gods Woord in het leven zichtbaar te maken. Hieraan dient christelijke ethiek dienstbaar te zijn. Een scheiding tussen een scheppingsethiek en een Koninkrijksethiek wijzen wij dan ook af (vgl. hfdst. V, § 9).

De drie visies moeten niet verzelfstandigd en niet tegen elkaar worden uitgespeeld. Christelijke ethiek beoogt het kwaad te beteugelen, stelt iedere mens en iedere samenleving onder kritiek en tracht een

weg te wijzen van vernieuwing van het leven, ook van het publieke leven. De realisering hiervan blijft voorlopig beperkt en onvolkomen, maar heeft Gods Rijk als perspectief.

7.2 Onderscheiden situaties en posities

Wat houdt dit in voor de opstelling van christenen en de betekenis van de christelijke ethiek in de moderne pluralistische samenleving? Wij menen dat alle drie de functies en benaderingen van belang zijn voor de christelijke ethiek en voor de bijdrage hiervan aan het bredere ethische debat in de samenleving. Welke benadering op de voorgrond treedt hangt af van de situatie en het sociale verband waar het om gaat. Er is een diversiteit van situaties en posities, met onderscheiden morele verantwoordelijkheden. De verantwoordelijkheid van een medisch-directeur van een christelijke zorginstelling is een andere dan van een arts in de polikliniek in een algemeen ziekenhuis, en van een arts met een eigen praktijk in een algemeen ziekenhuis anders dan van een arts in dienstverband bij een academisch ziekenhuis, etc. Dit wil niet zeggen dat in bepaalde situaties of posities fundamentele normen terzijde geschoven kunnen worden. Het betekent wel dat de mate waarin en de wijze waarop de christelijke ethiek tot gelding gebracht kan worden, per situatie kan verschillen.

We herhalen dat een christelijke ethiek in eerste instantie is bedoeld als een hulp voor mensen die leven in de geloofsverbondenheid met God door de Here Jezus Christus, en die het gezag van Gods Woord aanvaarden. Met andere woorden, een christelijke ethiek wordt primair geformuleerd met het oog op de christelijke moraal, de levensstijl van christenen. Alle drie de visies, maar vooral de tweede en derde, zijn nodig in het leven van de christen en daarom ook in de evangelieverkondiging in en vanuit de gemeente. Maar ook voor christelijke organisaties, bijvoorbeeld zorginstellingen, zijn de drie benaderingen van belang. Christelijke zorgverleners en zorginstelling zijn geroepen niet alleen te blijven binnen de ruimte van Gods wet (de eerste visie) maar ook iets te tonen van de heiliging van de moderne geneeskundige en verpleegkundige mogelijkheden (de derde visie) in de zorg voor de medemens.⁵² Een dergelijk optreden kan een praktische uitnodiging inhouden aan anderen om ook Gods aanwijzingen voor het leven te gaan opvolgen (Mattheüs 5:16). Op deze wijze heeft ook de christelijke ethiek indirect een betekenis voor niet-christenen.

In algemene instellingen en in levensbeschouwelijk pluralistisch samengestelde ethische commissies zal in de bijdrage van christenen aan het ethische debat (impliciet) het eerste gebruik op de voor-

grond staan. Het gaat dan om het verwoorden van normen en normatieve structuren die recht doen aan het menselijke leven en samenleven, omdat ze passen bij de wijze waarop de mens in oorsprong is geschapen en bedoeld (vgl. §§ 5.1 ad 1b en 5.3 ad 2a). De geboden van God passen de mens en een christelijke ethiek die hiervan een verwerking geeft, zal ook voor niet-christenen een heilzame betekenis hebben.⁵³ De christelijke ethiek zal moeten pogen dat duidelijk te maken (het teleologische perspectief). Zo kan ook de christelijke ethiek een boodschap hebben voor het algemene maatschappelijke vlak, maar tegelijkertijd een verdergaand en verdiept perspectief bieden op het leven als gelovige in de gemeenschap met medegelovigen. Tegelijkertijd erkennen we dat hier een spanning ligt. God heeft zijn Woord en geboden gegeven, juist omdat de mens van nature die niet houdt, zoals ook de wetten in een land zijn opgesteld, niet alleen omdat men de verboden handelingen onwenselijk acht, maar omdat mensen geneigd zijn zo te handelen.

In een pluralistische context dienen christenen evenals ieder ander de ruimte te hebben aan het debat deel te nemen vanuit hun levensbeschouwelijke overtuigingen, en die bij gelegenheid ook naar voren te brengen. De liberale opstelling die in het ethische debat consensus nastreeft door alleen rationele argumenten te aanvaarden en de inbreng van persoonlijke intuïties en levensbeschouwelijke overwegingen afwijst, achten wij onterecht. Zij komt neer op de overheersing van het debat door een bepaalde, ook levensbeschouwelijk bepaalde benadering van het 'goede leven' en van ethiek. Die benadering houdt, met een beroep op autonomie van de individuele patiënt, tevens in dat ook omstreden nieuwe medische behandelingen worden toegepast die de publieke moraal beïnvloeden (zie § 6.4). Wij menen dat in het debat ruimte moet zijn voor ieders levensbeschouwelijk bepaalde intuïties en overtuigingen en dat in de samenleving ook respect moet bestaan voor minderheidsstandpunten.⁵⁴ Een praktische implicatie voor het overheidsbeleid is dat in ethisch, juridisch of maatschappelijk opzicht omstreden (nieuwe) medische technieken niet in het basisvoorzieningspakket worden opgenomen. Niet iedereen wordt dan gedwongen aan die ingrepen mee te betalen.⁵⁵ In bepaalde gevallen, bijvoorbeeld geslachtskeuze vóór de bevruchting ('genderkliniek'), het klonen van mensen en genetische verandering van de kiembaan van de mens, is zelfs een verbod gewenst.⁵⁶

7.3 Participatie en presentie

De bedoeling van het inbrengen van de eigen (geloofs)overtuiging in het ethische debat is niet zozeer om de ander tot die geloofsovertuiging over te halen, maar om de morele implicaties van een bepaald vraagstuk of situatie zo goed mogelijk te verwoorden en om elkaars positie beter te begrijpen.⁵⁷ Wanneer dan ten aanzien van een vraagstuk in verband met beleidsvorming of een concrete situatie consensus gewenst of een besluit noodzakelijk is, kan zoveel mogelijk recht worden gedaan aan ieders inbreng. Wij willen ervoor pleiten om in ethische discussies in commissies en andere verbanden zolang mogelijk te participeren om de inbreng tot uitdrukking te doen komen in een aanvaardbare consensus, ook al zal die een zeker compromiskarakter dragen (vgl. eerste visie van § 7.1). Kritiek op andere standpunten zal in eerste instantie immanent zijn, dit wil zeggen, trachten eventuele ondeugdelijke argumentaties, innerlijke tegenstrijdigheden en onwenselijke consequenties aan te wijzen. Wanneer men in geweten niet met een meerderheidsstandpunt kan meegaan, omdat dit strijdig is met fundamentele noties uit Gods Woord, dient de kritiek vanuit de eigen geloofsovertuiging zo goed mogelijk verwoord te worden (vgl. tweede visie van § 7.1). In commissies bestaat soms de mogelijkheid van een minderheidsstandpunt waarin ook in positieve zin het eigen standpunt geformuleerd kan worden (vgl. derde visie van § 7.1). Participatie gaat hier dan over in presentie. Het kan belangrijk zijn duidelijk te maken dat er over een bepaald vraagstuk geen consensus bestaat binnen een beroepsgroep of onder de bevolking in het algemeen.

Een compromis zal niet ieder kunnen bevredigen. Maar het is nog onbevredigender wanneer in het voorafgaande debat bepaalde overwegingen, als behorend tot een groepsmoraal, bij voorbaat terzijde zijn geschoven of wanneer christenen mogelijkheden om bij te dragen aan de discussie en de besluitvorming onbenut hebben gelaten. Dit laatste zou kunnen uit angst voor een compromis. Een compromis is op zichzelf ook geen reden tot vreugde, maar zal uit de nood zijn geboren. Er zal een belangrijke zaak mee gediend moeten zijn. Belangrijk is ook of een *compromis directe betrokkenheid* zou vereisen van christenen bij een handelwijze die men ethisch afwijst, of dat het ruimte laat voor hen die daaraan niet willen meewerken. In het eerste geval zal men niet aan het compromis willen meewerken. In het tweede geval kan dit anders liggen. Als medewerker/zorgverlener is men niet direct verantwoordelijk voor alles wat in de instelling gebeurt. Betrokkenheid bij het tot standkomen van een compromis impliceert wel een (indirecte) medeverantwoordelijkheid. Maar niet

meedoen kán schuldig stellen aan het niet helpen voorkomen van een onwenselijke ontwikkeling. (Dit argument kan overigens ook worden misbruikt om te ver gaande compromissen te verdedigen.)⁵⁸ Maar misschien zijn christenen wel eens te bevreesd om bij een compromis betrokken te zijn, door een eenzijdige identificatie van christelijke ethiek met een plichtethiek die zich concentreert op handelingen. Aan het deugdenethische en teleologische perspectief wordt dan te weinig waarde gehecht. Juist de door de ethische bezinning gekwalificeerde distantie van het concrete handelen, kan ruimte scheppen voor evenwichtige aandacht voor de diverse perspectieven. Onze ethische verantwoordelijkheid betreft niet alleen het concrete handelen waarbij we direct of indirect betrokken zijn. Daaronder vallen ook onze houding en optreden en de mate waarin christelijke en professionele deugden daarin gestalte krijgen. De betekenis, vooral op langere termijn, van een deugdzaam leven, van een daadwerkelijke christelijke presentie in een situatie van medeverantwoordelijkheid voor moreel problematische handelwijzen, is misschien wel onderschat.

Kortom, in verschillende situaties en verbanden kunnen christenen diverse posities innemen en onderscheiden rollen vervullen.⁵⁹ Het gaat erom in alle beperktheid en bescheidenheid te trachten Gods Koningschap gestalte te geven op de wijze die geëigend is voor de plaats en de situatie waarin God ieder stelt. De wijsheid van de christelijke traditie, de betrokkenheid van de gemeente en de leiding van de Heilige Geest zijn hierbij onmisbaar (Johannes 16:13).

Noten bij hoofdstuk VI

1. Zie bijv. A.J. Heschel, *Wie is de mens?*, Baarn: Ten Have 1992, p. 118: "Menselijk leven is... in tweestrijd verkeren, aan een kruisverhoor onderworpen zijn, geroepen om antwoord te geven. (...) Menselijk leven is uitgedaagd- worden-in-de-wereld, niet zo maar zijn-in-de-wereld."
2. E. Brunner, *Das Gebot und die Ordnungen*, Zürich: Zwingli Verlag 1932, pp. 136, 137; H.G. Geertsema, *Geloof voor het leven*, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1979.
3. F. de Graaff, *Jezus de Verborgene*, Kampen: Kok 1987, pp. 128-129.
4. G. Brillenburg-Wurth, *Liefde en angst in de moderne psychologie en het bijbelse denken*, Kampen: Kok 1952, p. 18-21.
5. H.T. Engelhardt, 'Looking for God and finding the abyss', in: E.E. Shelp (ed.), *Theology and bioethics. Exploring the foundations and frontiers*, Dordrecht: Reidel Publishing Co. 1985, pp. 79-91. Zie ook hoofdstuk I over het ontwijken van de zin vraag van lijden en dood in de geneeskunde. Wij zijn met Engelhardt van mening dat de christelijke geloofsovertuiging en de theologie als systematische verwoording daarvan een dergelijk zinzperspectief geeft (zie hoofdstuk II van deze uitgave), maar menen dat deze zingevende betekenis niet van de waarheidsvraag mag worden losgemaakt.
6. Zie ook: J.M. Frame, *Medical ethics - principles, persons and problems*, Phillipsburg,

- N.J.: Presbyterian and Reformed Publishing Cy. 1988.
7. Vgl. Honecker die in een verantwoordelijkheidsethiek deze drie elementen onderscheidt; M. Honecker, *Einführung in die Theologische Ethik, Grundlagen und Grundbegriffe*, Berlin: W. de Gruyter 1990, p. 329.
 8. T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, Oxford: Oxford University Press 1994⁴, p. 15.
 9. H. Zwart, *Ethische consensus in een pluralistische samenleving. De gezondheidsethiek als casus*, Amsterdam: Thesis Publishers 1993, pp. 96, 179.
 10. Beauchamp & Childress *a.w.*, pp. 14-28.
 11. G.J. Agich, 'Clinical ethics: a role theoretic look', *Social science and medicine* jg. 30 (1990) pp. 389-399.
 12. R. Pool, *Vragen om te sterven. Euthanasie in een Nederlands ziekenhuis*, Rotterdam: WYT Uitgeefgroep 1996.
 13. Agich noemt als voorbeeld de antropoloog Charles Bosk die gevraagd werd de praktijk van genetische counselling te beschrijven en die door de counsellors onmiddellijk van een toeschouwer in de positie van getuige werd getrokken. Hem werd gevraagd te verduidelijken hoe klasseverschillen en gezinssamenstelling het begrip van cliënten kunnen beïnvloeden. Ook werd hij betrokken in de gevalbesprekingen en bij het formuleren van beleid. Hij beschrijft hoe hij eigenlijk de rol kreeg van iemand die de morele gemeenschap van de werkers bevestigde en onderschreef, door namelijk in de ogen van de werkers de stem van de samenleving, of segmenten daarvan, te representeren. Bosk hoorde zichzelf soms dingen zeggen die niet van hemzelf waren. Voor de counsellors was ook van belang dat hij ook heel letterlijk getuige was, namelijk dat hij zag wat zij zagen (en soms moeilijk vonden om te geloven); en daarnaast dat hij als getuige partij werd in allerlei juridische touwtrekkerij omtrent 'wrongful life cases'. Agich, *a.w.*, 391.
 14. Weinstein maakt in dit verband een onderscheid tussen experts in *epistemische* en in *performatieve* zin. Hij concludeert dat beperking van morele expertise tot het epistemische tot een nodeloze versmalling van het takenpakket van de ethicus leidt. Vgl. B. Weinstein, 'The possibility of ethical expertise', in: *Theoretical Medicine* jg. 15 (1994) pp. 61-75.
 15. De term ingenieurs-model ('engineering model') is ontleend aan: A.L. Caplan, 'Can applied ethics be effective in health care and should it strive to be?', in: *Ethics* jg. 93 (1983) pp. 311-319.
 16. Denk wat betreft ons land aan respectievelijk de Tweede Kamer, het Ministerie van VWS en de Inspectie voor de Volksgezondheid. Het fijnmaziger netwerk van raden, commissies en adviesorganen dient eveneens vanuit dit perspectief van de verantwoordelijkheid te worden gezien. In deze organen komen de verschillende actoren samen om adviezen, aanbevelingen en richtlijnen op te stellen. Deze richtlijnen expliciteren, naast de wetgeving, welke verantwoordelijkheden in het concrete geval in het geding zijn.
 17. We gaan nu aan de conditionerende constitutieve regels voorbij die weliswaar ook opgevolgd moeten worden, maar toch meer liggen in de sfeer van randvoorwaarden, minder tot het 'eigenlijke' van de medische zorgverlening behoren.
 18. Een interessante bundel casusbesprekingen is: H.M. Dupuis, I. de Beaufort et al. (red.) *Wat zou u doen? Medisch-ethische casuïstiek met commentaren*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum 1994.
 19. Zie G.A. Lindeboom, *Opstellen over medische ethiek*, Kampen: Kok 1960, p. 12.
 20. Dit geldt ook voor het Jodendom al houden zij het bij het 'Oude Testament'. Overigens heeft de joodse traditie voor niet-joden de zogenaamde noachidische geboden geformuleerd, afgeleid van de voorschriften die God gaf aan Noach en zijn zonen. Deze noachidische geboden kunnen worden gezien als fundament

- voor een humane wereld. Zie: W. Zuidema, J. op 't Rood, *En God sprak tot Noach en zijn zonen - Een Joodse code voor niet-Joden?*, Baarn: Ten Have 1991. Inhoudelijk komen deze aanwijzingen in hoge mate overeen met de uitleg van de Tien Geboden zoals bijvoorbeeld kort weergegeven in de Heidelberger Catechismus.
21. Het gaat buiten het bestek van dit boek ons verder in die hermeneutische discussies te mengen. Zie hiervoor bijvoorbeeld W.H. Velema, *Hoe Christelijk is de Christelijke ethiek? Over het eigene van de Christelijke ethiek*, Apeldoornse Studies nr. 19, Kampen: Kok 1983; M. Honecker *a.w.*, pp. 247-284.; zie ook F. de Lange, 'Pluralisme en christelijke traditie,' *Gereformeerd theologisch tijdschrift* jg. 95 (1995) nr. 3, pp. 110-124. De Lange onderscheidt onder andere tussen ontologisch en epistemologisch moreel pluralisme. Hij stelt onzes inziens terecht, dat de christelijke godsdienst niet verenigbaar is met een ontologisch moreel pluralisme, omdat God voor alle mensen definieert wat goed is. Maar op deze ene vraag naar het goede leven passen volgens De Lange meerdere antwoorden omdat onze kennis van Gods wil beperkt is en onze interpretaties ervan uiteen kunnen en mogen lopen.
 22. Vgl. B. Mitchell, 'The role of theology in bioethics', in: E.E. Shelp (ed.) *Theology and bioethics. Exploring the foundations and frontiers*, Dordrecht: Reidel 1985, p. 66 e.v.
 23. Of men de toestemmingsvereiste wil plaatsen op het principe- of op het regelniveau achten wij secundair; omdat deze eis niet geheel context-onafhankelijk is - in urgente situaties moet toestemming voor noodzakelijke ingrepen verondersteld worden - houden wij het op een regel.
 24. Een waardevolle uitwerking hiervan geeft J. Douma, *De tien geboden*, Kampen: Van den Berg, deel I, 1988³; deel II, 1988³; deel III, 1988².
 25. A. MacIntyre, *After virtue, a study in moral theory*, London: Duckworth 1985², p. 191.
 26. Brunner *a.w.*, hfdst. 16.
 27. Overigens verzet Brunner zich, evenals Luther deed, tegen het klassieke en middeleeuwse deugdbegrip. Deugden worden in deze visie te zeer als eigenschappen van de mens zelf gezien die door opvoeding en gewoontevorming te verwerven zouden zijn. Dit werkt de gedachte in de hand van de mens die zichzelf tot het 'goede' leven zou kunnen opwerken, een gedachte van zelfrechtvaardiging die haaks staat op het evangelie van rechtvaardiging door het geloof; zie over Luther's verzet: H.N. Hagoort, *Wijsheid van het vlees. Over 97 onbekende stellingen van Maarten Luther*, Gouda: Reformatorisch Instituut voor Cultuurwetenschappen 1992.
 28. Zie: G.J. van der Struys, 'Arts en identiteit: Praktijkimpressie I', in: *In Dienst der Geneezing* jg. 25 (1996) nr. 4, p. 27.
 29. Overigens is het verwerven van prudentie voor ieder mens van belang en niet in de laatste plaats voor patiënten die voor moeilijke afwegingen kunnen staan omtrent het al dan niet gebruik maken van een bepaalde test of behandeling. Een goede dokter zal die eigen afweging van de patiënt niet alleen alle ruimte geven, maar door evenwichtige informatievoorziening ook mogelijk maken.
 30. Het woord dat in de Nieuwe Vertaling (1951) is vertaald met fijngevoeligheid, *aisthesis*, betekent moreel inzicht, ervaring, gevoel; bij 'helder inzicht', *epignosis*, gaat het meer om verstandelijk, intellectueel inzicht en begrip. Prudentie, zoals door ons gebruikt, zou als de combinatie van deze twee begrippen gezien kunnen worden; zie W.F. Arndt, F.W. Gingrich, *A Greek-English lexicon of the New Testament and other early christian literature*, 4e druk, Chicago: University of Chicago Press 1957.
 31. Vgl. E.B. Beresford, 'Can phronesis save the life of medical ethics?', in: *Theoretical Medicine* jg. 17 (1996) pp. 209-224.

32. Zie: A. Troost, 'Hedendaagse trends in de ethiek', in: *Sjema-Hoor!* CNI-brochure 1, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1971, pp. 5-15; A. Troost, 'Toward a reformational philosophical theory of action', in: *Philosophia Reformata* jg. 58 (1993) nr. 2, pp. 221-236. Overigens sluiten wij qua terminologie meer aan bij het voorgaande en niet geheel bij Troost, maar menen inhoudelijk niet fundamenteel te verschillen.
33. Vroeger dacht men hierbij aan de klassieke vier temperamenten, het choleriche, het sanguinische, het melancholische en flegmatische temperament. Elk van deze temperamenten behelst een positieve aanleg tot bepaalde deugden en een negatieve tot andere; zie: P. Tournier, *Radicale therapie*, 8e druk, Baarn: Ten Have (z.j.), pp. 72-87 (oorspronkelijk titel: Médecine de la personne).
34. De eerder genoemde tekst uit Philippenzen 1:9 zegt ook dat de fijngevoeligheid voortkomt uit de liefde. Onze wijsgerige en theologische uiteenzetting waarin we stelden dat de phronèsis (prudentie) gevoed wordt door de deugden, en de deugden gezien kunnen worden als gestalten van liefde, sluit dus goed aan bij het bijbelse spreken.
35. Dit wil niet zeggen dat een medisch zinvolle behandeling altijd wordt gegeven. Er kunnen niet-medische beperkende factoren zijn als te hoge kosten, of, bij orgaantransplantatie, een tekort aan organen, of de (wilsbekwame) patiënt kan de behandeling weigeren.
36. In Nederland vinden we dit vooral in de nota's van de Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwamen, van de KNMG. Deze commissie heeft de volgende deelnota's uitgebracht: 'Levensbeëindigend handelen bij wilsonbekwame patiënten, deel I. Zwaar-defecte pasgeborenen', in: *Medisch Contact* jg. 45 (1990) nr. 17, pp. 553-563; *Deel II. Langdurig comateuze patiënten*, Utrecht: KNMG 1991; *Deel III: Ernstig demente patiënten*, Utrecht: KNMG 1993; en *Hulp bij zelfdoding bij psychiatrische patiënten*, Utrecht: KNMG 1993; verder ook in: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, *Doen of Laten? Grenzen van het medisch handelen in de neonatologie*, Utrecht: Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1992.
37. Zie over kwaliteit van leven: A.W. Musschenga, *Kwaliteit van leven, criterium voor medisch handelen?*, Reeks gezondheidsethiek nr. 1, Baarn: Ambo 1987; voor een korte bespreking: A.W. Musschenga, 'Kwaliteit van leven: een nieuw medisch-ethisch criterium', in: *Metamedica* jg. 67 (1998), pp. 32-43; zie verder ook: H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*. Lindeboomreeks dl. 5, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1994, i.h.b. p. 42-62; H. Jochemsen, 'Kwaliteit van leven - een bruikbare term in de geneeskunst?', in: *Pro Vita Humana* jg. 3 (1996) nr. 4, pp. 105-114; R.W.M. Crougts, 'Afzien van behandeling bij wilsonbekwame patiënten', in: *Medisch Contact* jg. 45 (1990) nr. 37, pp. 1089-1092.
38. M. Ashby, B. Stoffell, 'Therapeutic ratio and defined phases. Proposal of an ethical framework for palliative care', in: *Bioethics Research Notes* jg. 2 (1990) nr. 2, pp. 1-2. Een Nederlandse vertaling is gepubliceerd in: *In Perspectief*, jg. 3 (1990) nr. 9, pp. 4-5. Deze auteurs spreken overigens niet over het preventieve stadium; dit is door ons toegevoegd.
39. Dit is een ingewikkelde materie waarover in dit verband slechts enkele globale opmerkingen gemaakt kunnen worden. Vanwege het vermoedelijk toenemende belang gaan we er toch niet geheel aan voorbij. In 1992 is de Wet op het bevolkingsonderzoek aangenomen (Tweede Kamer, vergaderjaar 1988-1989, nr. 21264, 1-3), maar deze is pas per 1 juli 1996 in werking getreden door aanvaarding van het Besluit bevolkingsonderzoek (Staatscourant 1996, 126). Lezenswaardig in dit verband zijn: Gezondheidsraad, Beraadsgroep Gezondheidsethiek en gezondheidsrecht, *Het besluit bevolkingsonderzoek*, Den

- Haag: Gezondheidsraad 1994; publicatie nr. 1994/16, en Gezondheidsraad, Commissie screening erfelijke en aangeboren aandoeningen, *Genetische screening*, Den Haag: Gezondheidsraad 1994, publicatie nr. 1994/22.
40. Bedoeld wordt de zogenaamde 'triple test'. Hierbij worden in het bloed van de zwangere vrouw de concentraties van drie stoffen bepaald. In combinatie met de leeftijd van de vrouw is daaruit de kans af te leiden dat het ongeboren kind een neuralebuisdefect (open rugje, waterhoofdje of ontbreken van grote hersenen) of Down Syndroom heeft. Bij een verhoogde kans kan via een vruchtwaterpunctie of echoscopie worden vastgesteld of inderdaad sprake is van één van deze aandoeningen. Zo ja, dan kunnen de ouders (de vrouw) desgewenst het kind laten aborteren. Zie: J.R. Beekhuis et al., 'Serumscreening van zwangeren op foetale neuralebuisdefecten en Down-syndroom; eerste ervaringen in Nederland', in: *Ned Tijdschr Geneesk* jg. 137 (1993) nr. 26, pp. 1303-1307; J.P. van den Boer-van den Berg, H.M. Dupuis, 'De triple-serumtest voor detectie van Down-syndroom en neuralebuisdefecten, Het probleem van een risicoschattende test', in: *Ned Tijdschr Geneesk* jg. 137 (1993) nr. 26, pp. 1286-1289; N.A.J. Mul, G.H.M. ten Velden, 'Prenataal onderzoek op trisomie-21: triplettest efficiënter dan leeftijdscriterium', in: *Ned Tijdschr Geneesk* jg. 140 (1996) nr. 41, pp. 2032-2035; I.D. de Beaufort, 'Van blijde naar bezorgde verwachting? Enkele ethische vragen naar aanleiding van de triplettest', in: *Ned Tijdschr Geneesk* jg. 140 (1996) nr. 41, pp. 2024-25; 'Serumscreening bij zwangeren - voortgaande discussie', in: *Graadmeter* jg. 12 (1996) nr. 2, pp. 6-8; G.J. Bonsel, P.J. van der Maas, *Aan de wieg van de toekomst; scenario's voor de zorg rond de menselijke voortplanting 1995-2010*, studie Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg, Houten: Boon, Stafleu van Loghum 1994; een bespreking van dit rapport geeft: H. Jochemsen, 'Aan de wieg van de toekomst - ofwel is er nog toekomst voor de wieg?', in: *Pro Vita Humana* jg. 2 (1995) nr. 5, pp. 129-136). Het aanbod van de 'triple test' is dan ook noch op echte preventie noch op therapie gericht, maar op de mogelijkheid de geboorte van een kind met een aandoening te voorkomen door abortus provocatus. Zowel vanuit onze opvatting over de beschermwaardigheid van ieder mens ook voor de geboorte, als vanuit onze visie op geneeskunde wijzen wij een dergelijk systematisch aanbod van prenatale tests af.
 41. Voor een voorbeeld van een narratieve benadering van een ethisch vraagstuk: H. ten Have, 'Genetische manipulatie, mensbeeld en identiteit', in: *Civis Mundi* jg. 29 (1990) nr. 4, pp. 147-153.
 42. J.D.F. Habbema, A.F. Casparie, J.H. Mulder, F.F.H. Rutten (red.) *Medische Technology assessment en gezondheidsbeleid*, Alphen aan den Rijn: Samson Stafleu 1989.
 43. M. Oudkerk, E.J.R. van Beek, W.L.J. van Putten, H.R. Büller, 'Cost-effectiveness analysis of various strategies in the diagnostic management of pulmonary embolism', *Arch Intern Med* jg. 153 (1993) pp. 947-954; E. Briët, E.J.R. van Beek, M. Oudkerk, 'Consensus diagnostiek longembolie', *Ned Tijdschr Geneesk* jg. 137 (1993) nr. 5, pp. 255-259.
 44. Zie: Commissie Aanvaardbaarheid Levensbeëindigend handelen *a.w.* deel 1; NVK, *a.w.*. Een recent voorbeeld van morele gelijkshakeling van staken van behandelingen en hulp bij zelfdoding is te vinden in de uitspraak van rechters van de 'Ninth Circuit' van de VS (min of meer te vergelijken met een gerechtshof in Nederland) inzake Compassion in dying v. State of Washington dat handelt over het recht van afzonderlijke staten van de VS om hulp bij zelfdoding door een arts te verbieden. De Ninth Circuit concludeert dat er geen ethisch of grondwettelijk herkenbaar onderscheid bestaat tussen een dokter die een levensinstandhoudende behandeling staakt en die middelen voorschrijft die gelijkelijk resulteren in de dood van de patiënt. (Zie: M.M. Devlin, 'Compassion in dying v.

- State of Washington', in: *Issues in Law and Medicine* 12 (1996) nr. 1, pp. 59-63. Mede op grond van deze overweging menen deze rechters dat de staat Washington hulp bij zelfdoding door dokters niet mag verbieden.
45. Zie hierover ook: A. van den Beld, 'Doden of laten sterven: maakt het verschil?' in: R.L.P. Berghmans, G.M.W.R. de Wert, C. van der Meer (red.), *De dood in bekeer*, Baarn: Ambo 1991, pp. 82-103.
 46. Dat het in de beleving van de omstanders, onder wie de arts, het voor de patiënt ook beter zou zijn als hij spoedig zou overlijden, is heel wel invoelbaar. Maar het is voor de arts als professioneel zorgverlener belangrijk te onderscheiden tussen persoonlijk gevoelen en professionele intentie. Zo mag bijvoorbeeld ook persoonlijke sympathie of antipathie de intentie van het professionele handelen niet sturen.
 47. Zie hierover ook H. Jochemsen (red.), *Zorg voor wilsonbekwame patiënten*, pp. 51-58; D. Callahan, 'Can we return death to disease?', in: *Hastings Center Report* jg. 19 (1989) nr. 1 (Special Supplement), pp. 4-6; H. ten Have, 'Een eigenzinnige visie op mens en zorg', in: M. Pijnenburg, F. Vosman (red.), *Tegendraadse levensvisies. Visies in de gezondheidszorg op leven en lijden onder kritiek*, Assen: Van Gorcum 1996, pp. 52-62. Voor een recente discussie over 'doen' en 'laten' zie: R.W. Perrett, 'Killing, letting die and the bare difference argument', in: *Bioethics* jg. 10 (1996) nr. 2, pp. 131-139.
 48. Rationeel zoals opgevat door de rationalistische filosofie die voortbouwt op het werk van Descartes en de Verlichting en uitgaat van de splitsing tussen subject en object en tussen feit en norm (zie hfdst. I § 9-11).
 49. Voor een eerste verdere oriëntatie, zie W.H. Velema *a.w.*; F. de Lange *a.w.*; verder J. Klapwijk, 'Pluralism of norms and values: On the claim and reception of the universal', in: *Philosophia Reformata* jg. 59 (1994) nr. 2, pp. 159-192; een verkorte Nederlandse versie hiervan is: 'Ethisch pluralisme en de opdringerigheid van het universele', in: Th. de Boer, S. Griffioen (red.), *Pluralisme. Cultuurfilosofische beschouwingen*, Amsterdam/Meppel: Boom 1995, pp. 180-203.
 50. Zie hierover: J. Douma, *Verantwoord handelen. Inleiding in de christelijke ethiek*, Kampen: Van den Berg 1988⁶, pp. 73-82; Brunner *a.w.*, hfdst. 14; J. van Genderen, W.H. Velema, *Beknopte Gereformeerde dogmatiek*, Kampen: Kok 1992, pp. 702-704.
 51. Het gaat hierbij om modellen die in zuivere vorm nauwelijks zullen voorkomen, maar die een spectrum aan opvattingen op dit punt omspannen en hier worden gebruikt als hulpmiddel bij het bespreken van de houding van christenen jegens de cultuur; vgl. H. Bürki, 'The Gospel and human culture', in: *The gospel today, IFES General Committee 1975 working papers*, London: IFES 1975.
 52. Op de vraag hoe de christelijke identiteit van een instelling gestalte kan krijgen in ondermeer ethisch beleid, is vanuit het Lindeboom Instituut ingegaan in: J.H. Hegeman et al., 'Management en levensbeschouwing in zorginstellingen', in: B.S. Cusveller (red.), *Zorg dragen. Naar een christelijke visie op zorg*, Lindeboomreeks dl. 8, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1996, pp. 62-77; en H. Jochemsen, 'Hoezo Christelijk? Identiteit, ethiek en levensbeschouwing in de christelijke zorgverlening', in: Th.A. Boer, *De meest gestelde vragen over identiteit*, Utrecht: CVZ 1997.
Zie ook: T. van Willigenburg et al., *Ethiek, levensbeschouwing en management*, Utrecht: Nederlands Ziekenhuisinstituut 1991; J.H. Hegeman, *Christelijk dienen. Een verantwoordelijkheidsethiek voor leidinggevend*, Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1994; Th.A. Boer (e.a.), *Zorgen met visie. Een bezinning vanuit de Christelijke Vereniging van Zorginstellingen*, Kampen: Kok 1997⁵.
 53. Terzijde zij opgemerkt dat studies in de VS hebben aangetoond dat meelevend kerklid-zijn positief gerelateerd is met de gezondheidstoestand van mensen, zie

- D.B. Larson, M.A. Greenwold, 'Ethical problems in the clinical study of religion and health', in: J.F. Kilner et al. (ed), *Bioethics and the future of medicine: a christian appraisal*, Paternoster/Eerdmans: Carlisle, UK/Grand Rapids, MI 1995, pp. 50-67.
54. Vgl. W.H. Velema, 'In-vitro-fertilisatie ethisch beschouwd', in: W.G.M. Witkam et al., *Reageerbuisbevruchting verantwoord?*, Lindeboomreeks dl. 2, Amsterdam: Buijten & Schipperheijn 1990, § 7: Methode van ethiek bedrijven, pp. 69-76.
 55. We trekken deze consequentie uit een aanbeveling van de Commissie 'Keuzen in de Zorg', in haar rapport *Kiezen en delen*, Den Haag 1991, pp. 181-182. We beseffen dat meer vermogende mensen via een aanvullend verzekeringspakket of door zelf te betalen een dergelijke ingreep wel zouden kunnen ondergaan. Dit is in sociaal-ethisch opzicht minder wenselijk, maar verdient, wanneer een verbod niet haalbaar is, onzes inziens in bepaalde gevallen de voorkeur boven een algemene beschikbaarheid en maatschappelijke sanctionering door opname in het basis voorzieningenpakket. (We denken hier bijvoorbeeld aan kunstmatige voortplantingstechnieken waarbij geslachtscellen van donoren of een draagmoeder worden gebruikt, of menselijke embryo's worden verspild.) Wanneer te voorzien valt dat een bepaald soort medisch-wetenschappelijk onderzoek alleen een omstreden toepassing zal hebben, is het beter geen publieke middelen voor zulk onderzoek ter beschikking te stellen (zoals de genoemde commissie stelt).
 56. Wanneer het Voorstel van Wet op Bijzondere Medische Verrichtingen, Tweede Kamer 1996-1997, 24788, nrs. 1-5, dat momenteel in behandeling is bij de Tweede Kamer, wordt aangenomen, dan heeft de regering wettelijke mogelijkheden bepaalde ingrepen te verbieden.
 57. Zwart spreekt in dit verband over een taalstrijdoptiek; zie Zwart *a.w.*, pp. 84, 106. Het nadeel van de term taalstrijdoptiek is dat deze suggereert dat het gaat om een strijd tussen talen, terwijl het gaat om een 'strijd' tussen mensen met verschillende overtuigingen, die de taal hanteren als 'wapen'.
 58. Een voorbeeld is de vraag of arts C, die als christen opzettelijke levensbeëindiging afwijst, moet meedoen in een commissie die is gevraagd een voorstel te formuleren voor instellingsbeleid op dat punt. Meedoen betekent een zekere betrokkenheid bij het regelen van iets dat C principieel afwijst. Maar wel meedoen kan de mogelijkheid bieden om door het bevorderen van een stringente procedure de heersende euthanasiepraktijk terug te dringen, ondermeer doordat actiever getracht zal worden euthanasie(vragen) te voorkomen door betere palliatieve zorg. Voor afzien van deelname zal C dan goede, eventueel persoonlijke redenen moeten hebben. Wel zal C ervoor moeten waken zo bij de euthanasieregeling betrokken te raken dat hij in zijn eigen behandelpraktijk zijn positie niet meer kan handhaven. In verschillende situaties kan een dergelijke beslissing overigens verschillend uitvallen.
 59. Denk bijvoorbeeld aan de schijnbaar tegengestelde opstelling van Elia en Obadja ten opzichte van koning Achab (1 Koningen 18) en aan de onderscheiden posities van Daniël en Ezechiël in de ballingschap in Babel.

Register

- abortus 98, 214-215, 225
abstractie 24, 34, 106, 112, 128, 162,
173, 181, 201
act 97, 124, 179
act-perspectief 7, 178-179, 187-188, 194,
198, 203
act-utilitarisme 170
actor 64, 67, 75, 87, 90-92, 133, 148,
178-180, 183, 186, 194, 201-202,
0211, 222
actualisering 181
agapisme 161
antwoordstructuur 175, 177, 180
arts-patiëntrelatie 9-10, 76, 80-81, 83-84,
100, 167
analyse 10, 24, 34, 40, 64-65, 71, 73-74,
90, 94, 106, 120, 148, 156-158, 164,
201, 203, 222
Aristoteles 27-28, 38, 66, 134-140, 145,
154, 168-169, 198-199
aristotelisch 127
autonomie (principe) 16, 92, 98, 121,
139, 141, 143, 165, 192, 214-215, 219
- beheersingsinstrument 15, 28, 168
beheersingsstrevens 25, 27-29, 31, 55,
205
belangenethiek 149
beneficence 78, 95-96, 163
benevolence 78, 96-97
Bentham, J. 146, 153, 160
beoordelingswijzen 74-75, 79, 83, 95,
196
bestemming 23, 41-42, 47-48, 50, 66, 68-
70, 72-73, 75, 84-86, 93, 102, 120,
135, 138, 140, 145, 176-177, 180,
198, 201-203, 217
bevolkingsonderzoek 206-207, 213, 224
- communitarianisme 149
compromis 62, 220-221
concretisering 70, 75, 84, 195
conditionerende 75-76, 79, 82-83, 87,
101, 222
consensus 39, 83, 107, 115, 123, 219-
220, 222, 225
consequentialisme 145, 151, 179, 202,
212-213
- consequentialistische 33, 148, 214
constitutievelen regels 69-70, 73-75, 79-83,
87-88, 92-93, 99, 174, 195, 201, 222
contract-relatie 85
contractdenken 149
cultuuroptimisme 162
- decisionistische ethiek 160
deductivisme 182
deductivistisch 165
denktradities 31
deontologische ethiek 6, 133, 135, 139
deugdenethiek 6, 133-134, 138-139, 148-
149, 154, 160-161, 169, 179, 193,
195, 198, 211
deugdzaam 101, 137, 178, 195, 221
diagnose 82, 104, 108, 113, 122, 151,
200, 207, 210
diagnostisch 105, 109-110, 112, 120,
122-123, 137-138, 210
doelethiek 144-145, 193, 201-202
donorsperma 214
dood, duidingen van de 5, 46
doodsverdringing 5, 27-28, 31
dubbel-blind 107
- emotivisme 6, 66, 129-130, 132-133
epistemische 32-33, 35, 39, 106, 113,
116, 222
ethiekbeoefening 93, 181, 183, 186, 213
euthanasie 29, 144, 184, 205, 215, 222,
227
- fijngevoeligheid 195, 199-200, 223-224
foetus 215
- gebodsethiek 156-157, 159-162, 193
geloofstraditie, 42
genderkliniek 219
Geneesmiddelenvergoedingensysteem
GVS, 209
genetica 150
geneticus 178
Gestalt 112, 123
gezondheidsideaal 20, 89, 199, 207
- handelingsdirectieven 154, 157, 180,
189, 192

- handelingssamenhang 40, 65, 67
hermeneutiek 137
Hobbes, T. 145, 148, 170
hulpverleningspraktijk 66
Hume, D. 140, 145, 170
- identificatie 14, 110, 221
inductivisme 182, 165
inductivistische ethiek 165
ingenieursmodel 11, 185-186
instrumentalistisch 100, 102
internal goods 67-68
interne goederen 67
- Jezus 44, 48, 50, 52-54, 57, 161, 176-177, 196-198, 216-218, 221
Jonas, H. 46, 61, 99, 150-154, 171
- Kant, I. 27-28, 39, 44, 55, 62, 73, 108, 110, 125, 128, 133, 135, 139-144, 151-154, 159, 166, 169, 172
Kantiaanse ethiek 142
karakterstructuur 200
kenproces 27, 109, 111
kiembaan 219
Koninkrijksethiek 217
kunstmatige inseminatie 214
kwalificerend aspect 6, 75-76, 101
kwaliteitsmaatstaven 67, 69, 94
- levensbeëindiging 205, 227
levensbeëindigend 212, 224-225
levensbeschouwelijk 10, 40, 89, 132, 155-156, 161, 167, 180-181, 218-219
Levinas, E. 99, 150, 169, 171
libertarianisme 149
Locke, J. 145, 170
- MacIntyre, A. 66-68, 94, 116-117, 125-126, 134-135, 138, 143, 154, 168-169, 196, 223
manicheïsme 58
mathematisering 23
mechanisering 23, 37
medicalisering 55, 90, 118, 207
medisch-technisch 10, 13, 15, 21, 74, 81-82, 101, 182, 192, 198-199, 210, 214
medisch-wetenschappelijk 11, 23, 25, 74, 79-80, 82, 87, 101, 103, 109, 119, 182, 227
meta-ethiek 171
Mill, J.S. 146, 160
morele actoren 133, 186
- Mouw, R. 157, 159-162, 168, 172-173
medical technology assessment 209
MTA 209-210
- narratief 51, 164, 178, 209, 225
naturalisme 35-36, 39
natuurrecht 155-156, 159, 171-172
natuurrechttheorieën 154
neuraalbuisdefect 225
nominalisme 22, 123
normaliteit 89, 108
normatief principe 6, 75, 77, 79, 81-82, 86-87, 158, 190, 196, 203
normativiteit 6, 10, 73, 80, 89, 100-101, 119-120, 124, 128, 154-156, 158-159, 172, 177-178, 200, 203, 211-212
- objectivering 24, 106
- palliatieve 95, 201, 205, 207, 227
pathodicee 57, 63
patiëntenrechten 15, 83-85, 196
Paulus 43-44, 47-48, 197, 199, 217
perspectivering 103, 110-112
phronêsis 134, 137-138, 164, 166, 169, 195, 198, 224
plichtethiek 188, 221
pluralisme 6, 93, 95, 129, 132-133, 167-168, 215, 223, 226
praktijkbegrip 6, 72, 92, 94
presuppositionalisme 158-159
presymptomatisch 206
principalisme 158, 165
privé-moraal 214
proceduralisme 6, 129, 131-133
professionaliteit 77, 100-101, 119, 124, 183
proportionaliteit 201, 203-205, 210
protocol 107, 114-115, 188, 191-192, 210
protoprofessionalisering 103
prototype 36, 111-112, 123
- randomized clinical trial (RCT) 106-107, 123
Rawls, J. 146-147, 153, 169-171
regelutilitarisme 170-171
regulatieve zijde 6, 70-73, 76, 88-89, 92-93, 108, 174
- schaakspel 68, 70-71, 171
schaarsteprobleem 87, 113
scheppingsethiek 159, 217
scheppingsorde 177

- scheppingsperspectief 159
 scholastische ethiek 150
 scientia divina 35
 simultane realisatie 76, 86
 spel 71, 73, 150
 standards of excellence 67, 69, 94
 structuuranalyse 6, 64, 72-73, 88, 156, 201
 subsidiariteit 201, 203, 209-210
 subsumptie-benadering 101, 121
 subsumptie-model 80, 101, 119
- technicistisch 16, 100
 technisch-instrumenteel 101, 120
 technology assessment 201, 209, 225
 teleologische ethiek 135
 telos 23, 66, 135, 145, 198
 theodicee 42, 57
 toegepaste ethiek 185
 toepassingsdenken 158, 164
 toestemmingsvereiste 191-192, 223
 trinitarische ethiek 161
 triple test 225
 Troost, A. 18, 52, 62, 157-160, 172, 200, 224
- universaliseerbaarheid 142, 154
 universaliseerbaarheidstheze 143
 utilisme 6, 133-135, 144-146, 148-149, 153-154, 169-170, 202-203
- vakwetenschap 17, 109, 172
 verantwoordelijkheid 6-7, 20, 47, 59, 62, 75, 87-93, 97, 99, 118-120, 149-154, 166, 174-175, 177-178, 180, 183, 185, 188-189, 191-192, 195, 198-199, 202-203, 207, 211, 213, 218, 221-222
 verantwoordelijkheidsbegrip 11, 153
- verdelingsnorm 147, 164
 verdelingsvraagstuk 147
 Verlichting 23, 28, 30, 54, 76, 89, 95, 128, 208, 226
 voluntarisme 156, 172
 voortplantingstechnieken 188, 194, 210, 213, 215, 227
- wereldbeschouwend 71
 wetenschap 4-5, 17, 21-23, 25-28, 33, 36, 38, 73, 81, 88-89, 97, 104, 109, 116-117, 119, 122, 125-126, 132, 168, 170, 182, 214
 wetenschapsbeoefening 181
 wetenschappelijk 23-24, 31, 36, 80-81, 95, 102, 106, 114-115, 119, 122, 153, 214
 wetenschapspraktijk 81
 WGBO 84
 wilsbekwame 208, 224
 wilsonbekwame 60, 212, 224, 226
- zaligsprekingen 197
 zedenwet 140-143
 zin-kern 75, 78-79
 zingevend 177-178, 221
 zingeving 21, 37, 45, 47, 51, 56, 60, 177
 zinperspectief 26, 32, 221
 zorg 45, 53, 60, 66, 72, 74, 77-82, 84-87, 96-98, 114, 118, 128-129, 171, 186, 188, 190-192, 196, 200-202, 204, 206, 209, 211, 214, 218, 224-227
 zorgethiek 149
 zorginstelling 87, 91, 218
 zorgrelatie 200
 zorgsysteem 206
 zorgstelsel 88, 191
 zorgzaamheid 101, 195