

Medische Ethiek

Geschiedenis en toekomst

INHOUD

Inleiding	2
DEEL 1 — HIPPOCRATES EN DE OORSPRONG VAN DE MEDISCHE EED	2
DEEL 2 — VAN NEURENBERG TOT HELSINKI: DE MODERNE GRONDSLAGEN	4
DEEL 3 — WAT IS MEDISCHE ETHIEK EIGENLIJK?	5
De vier principes	5
DEEL 4 — VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK	6
DEEL 5 — DE ROL VAN ARTS EN PATIËNT	7
DEEL 6 — WAT HEEFT FILOSOFIE HIERMEE TE MAKEN?	9
DEEL 7 — DE TOEKOMST: VERGRIJZING EN MIGRATIE	10
DEEL 8 — TECHNOLOGIE EN DE VERDERE TOEKOMST	12
DEEL 9 — EPILOOG	13
LINKS	14

Inleiding

Goedemiddag, en van harte welkom bij De Praattafel, Wetenschap Op Woensdag. Fijn dat u weer luistert, of het nu op de radio is, in de auto, of via de podcast achteraf.

Vandaag duiken we een vol uur in één onderwerp. Geen kort nieuwtje tussendoor, geen ander thema dat om de aandacht vraagt. Eén uur, één vraag eigenlijk: hoe bepalen we wat goed is, als het om leven, gezondheid en de dood gaat?

Het gaat over medische ethiek. Een term die misschien meteen wat afstandelijk klinkt, alsof het iets is voor filosofen in een universiteitszaal. Maar niets is minder waar. Iedereen die hier vandaag naar luistert, heeft er al mee te maken gehad, of zal er ooit mee te maken krijgen.

Denk aan een gesprek met de huisarts over een moeilijke diagnose. Denk aan een familielid dat een beslissing moet nemen over de behandeling van een ouder. Denk aan de discussie rond euthanasie, orgaandonatie, of gewoon de vraag: mag mijn dokter mijn gegevens delen zonder dat ik het weet?

Dat is allemaal medische ethiek. En vandaag gaan we kijken waar het vandaan komt, hoe het nu wordt toegepast, en waar het naartoe gaat. Met, zoals altijd bij ons, ruimte voor twijfel, voor verschillende meningen, en voor een goed verhaal.

We beginnen bij het begin. Letterlijk. Bij een naam die u ongetwijfeld kent, ook al heeft u nooit een medische opleiding gevolgd: Hippocrates.

DEEL 1 — HIPPOCRATES EN DE OORSPRONG VAN DE MEDISCHE EED

Hippocrates. De naam alleen al roept een beeld op van een oude, wijze Griekse man met een baard, ergens op een eiland in de Egeïsche Zee.

En dat beeld klopt gedeeltelijk. Hippocrates leefde in de vijfde eeuw voor onze jaartelling, op het eiland Kos. Hij wordt vaak de vader van de geneeskunde genoemd, en dat is niet zomaar een eretitel.

Wat hem zo bijzonder maakte, is dat hij als een van de eersten ziekte losmaakte van goden en bovennatuurlijke straffen. Vóór hem dacht men vaak dat een ziekte een straf was van de goden, of het werk van boze geesten. Hippocrates zei: nee, ziekte heeft natuurlijke oorzaken, en we kunnen die bestuderen.

Voor ons mag dat nu logisch klinken, maar dat was toen revolutionair. En bij die manier van denken hoorde ook een andere vraag: als geneeskunde een vak is, gebaseerd op kennis en kunde, welke verantwoordelijkheid heeft de arts dan tegenover zijn patiënt?

En daar komt de beroemde eed van Hippocrates om de hoek kijken. Al moeten we meteen een misverstand uit de weg ruimen.

Want veel mensen denken dat Hippocrates die eed zelf geschreven heeft. Maar historici zijn het daar niet over eens. De tekst wordt toegeschreven aan hem of aan zijn school, maar is waarschijnlijk door verschillende auteurs opgesteld, mogelijk pas na zijn dood.

Maar laat ons kijken, wat stond er eigenlijk in die eed? Want het beeld dat de meeste mensen hebben, is vaak vaag: “eerste, doe geen kwaad.”

Die uitdrukking, “primum non nocere”, staat er trouwens niet letterlijk in, hoewel de geest ervan er wel degelijk in zit. De originele eed is een zweer aan goden zoals Apollo en Asclepius, en bevat een aantal concrete beloftes. De arts belooft zijn leermeester te respecteren, zijn kennis niet te gebruiken om te schaden, geen dodelijk middel te geven ook al wordt daarom gevraagd, geen instrumenten te gebruiken voor operaties die hij niet beheerst, en vertrouwelijkheid te bewaren over wat hij in het huis van de patiënt ziet of hoort.

Dat laatste punt is opvallend actueel, hè. Beroepsgeheim, daar hebben we het nu nog steeds over.

En wat ook opvalt: de eed verbiedt expliciet het geven van een dodelijk middel, zelfs op verzoek. Dat is een zin die vandaag, met de discussie over euthanasie in Nederland en België, meteen een heel andere lading krijgt.

Ook belangrijk om te beseffen is dat die oorspronkelijke eed een product van zijn tijd was. Er stonden ook dingen in die nu volledig achterhaald zijn, of die we nooit meer zo zouden formuleren. De eed verbood bijvoorbeeld ook het uitvoeren van bepaalde chirurgische ingrepen door de arts zelf, die moesten aan specialisten worden overgelaten.

En de eed werd ook niet door alle artsen in de oudheid afgelegd. Het was eerder een ideaal, een tekst die circuleerde binnen bepaalde scholen, dan een verplichting voor iedereen die geneeskunde beoefende.

Toch is het opvallend hoe lang die tekst is blijven doorwerken. Door de eeuwen heen, door de Middeleeuwen, de Renaissance, tot in de moderne tijd, bleef de Hippocratische eed een soort ijkpunt. Niet omdat iedereen hem letterlijk aflegde, maar omdat het idee erachter, dat een arts een bijzondere verantwoordelijkheid draagt tegenover zijn patiënt, is blijven bestaan.

En vandaag de dag leggen artsen in de meeste landen nog steeds een eed af bij hun afstuderen. Niet meer de originele Griekse tekst met Apollo en Asclepius, maar een moderne versie.

Zoals de Verklaring van Genève, opgesteld door de World Medical Association, voor het eerst in 1948, en sindsdien meermaals herzien. Die tekst is expliciet ontstaan als reactie op de gruwelijke medische experimenten tijdens de Tweede Wereldoorlog, waarover we het straks nog zullen hebben.

Dus we zien eigenlijk al in dit eerste stukje geschiedenis een rode draad: medische ethiek is niet statisch. Het is geen set regels die eens en voor altijd is vastgelegd. Het is een levend gegeven, dat meebeweegt met de samenleving, met nieuwe technologie, en met nieuwe morele inzichten.

En dat brengt ons bij een volgende belangrijke stap in die geschiedenis. Een veel duisterder hoofdstuk, dat helaas nodig was om de medische ethiek zoals we die vandaag kennen, vorm te geven.

DEEL 2 — VAN NEURENBERG TOT HELSINKI: DE MODERNE GRONDSLAGEN

We springen nu bijna vijftientig honderd jaar vooruit, naar de twintigste eeuw. Naar 1947, in Neurenberg, Duitsland.

Na de Tweede Wereldoorlog werden daar niet alleen de bekende processen tegen nazi-kopstukken gevoerd, maar ook een apart proces tegen artsen. Het zogenaamde Artsenproces. Deze artsen hadden, onder het regime van Nazi-Duitsland, verschrikkelijke experimenten uitgevoerd op gevangenen in concentratiekampen. Zonder toestemming, zonder enige zorg voor het welzijn van de proefpersonen, puur voor zogenaamd wetenschappelijk gewin, of eigenlijk vaak gewoon uit wreedheid verpakt als wetenschap.

Uit dat proces ontstond de Code van Neurenberg, in 1947. Voor het eerst werd op internationaal niveau vastgelegd dat menselijke proefpersonen vrijwillig moeten instemmen met medisch onderzoek. Vrijwillige, geïnformeerde toestemming, dat is de kern. Dat klinkt nu vanzelfsprekend, maar in 1947 was dat allesbehalve gebruikelijk. Ook in landen die niets met het naziregime te maken hadden, werden proefpersonen destijds vaak niet correct geïnformeerd, of zelfs helemaal niet.

En dat brengt ons bij een ander, minder bekend maar minstens even schokkend voorbeeld: de Tuskegee-studie in de Verenigde Staten. Tussen 1932 en 1972, dus tot ver in de jaren zeventig, volgden onderzoekers honderden Afro-Amerikaanse mannen met syfilis, zonder hen te vertellen dat er een werkzame behandeling, penicilline, beschikbaar was. Ze wilden gewoon het natuurlijke verloop van de ziekte bestuderen.

Dat is dus lang na Neurenberg gebeurd. Wat laat zien dat het opstellen van ethische regels niet automatisch betekent dat ze overal en meteen worden nageleefd. En mede door dat soort schandalen werd in 1964 de Verklaring van Helsinki aangenomen, door de World Medical Association. Die verklaring bouwt voort op Neurenberg, maar is specifiek gericht op medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen, en wordt sindsdien regelmatig geactualiseerd.

Helsinki legt onder andere vast dat het belang van de proefpersoon altijd boven het belang van wetenschap of maatschappij moet staan. Dat er een medisch-ethische toetsing moet zijn vooraf, door een onafhankelijke commissie. En dat geïnformeerde toestemming, informed consent zoals we het vaak noemen, telkens opnieuw actueel moet zijn.

En hier komen we bij een kernbegrip dat de rest van onze uitzending zal blijven terugkeren: informed consent, of geïnformeerde toestemming. Het idee dat een patiënt, of een proefpersoon, pas kan instemmen met iets als hij of zij ook echt begrijpt waarmee wordt ingestemd.

En dat is nog niet zo simpel als het klinkt, want wat betekent “begrijpen” precies? Iemand die net een zwaar bericht heeft gekregen over zijn gezondheid, is niet altijd in de beste positie om alle medische informatie helder te verwerken. Dat is een spanningsveld dat we straks nog uitgebreider bespreken, als we het hebben over de relatie tussen arts en patiënt vandaag de dag.

Maar eerst, laten we misschien even stilstaan bij de vraag: wat is medische ethiek nu eigenlijk, als vakgebied? Want tot nu toe hebben we vooral geschiedenis verteld.

DEEL 3 — WAT IS MEDISCHE ETHIEK EIGENLIJK?

Medische ethiek, of biomedische ethiek zoals het in de academische wereld ook wel wordt genoemd, is eigenlijk de tak van de ethiek die zich bezighoudt met morele vragen binnen de geneeskunde en de gezondheidszorg. En dat is een heel breed veld. Het gaat over de relatie tussen arts en patiënt, over onderzoek met mensen en dieren, over het begin en einde van het leven, over de verdeling van schaarse middelen in de zorg, over de rol van technologie.

Om al die vragen enigszins te ordenen, gebruiken ethici vaak een kader dat inmiddels klassiek is geworden: de vier principes van de biomedische ethiek. Ontwikkeld door de Amerikaanse filosofen Tom Beauchamp en James Childress, voor het eerst beschreven in hun boek uit 1979.

De vier principes

Vier principes die, zeggen zij, min of meer universeel gelden, over culturen en religies heen, ook al kunnen de precieze invulling en de onderlinge afweging verschillen.

Het eerste principe is autonomie. Het recht van de patiënt om zelf beslissingen te nemen over zijn eigen lichaam en behandeling, op basis van goede informatie.

Het tweede is weldoen, in het Latijn *beneficentia*. De arts moet handelen in het belang van de patiënt, moet proberen goed te doen, gezondheid te bevorderen.

Het derde is niet-schaden, *non-maleficentia*. Dat sluit natuurlijk nauw aan bij wat we net bij Hippocrates bespreken. Voorkom schade, of beperk die zoveel mogelijk.

En het vierde principe is rechtvaardigheid. De eerlijke verdeling van zorg, van middelen, van toegang tot behandeling, ongeacht afkomst, inkomen, of andere factoren.

Wat deze vier principes zo bruikbaar maakt, is dat ze op zichzelf vaak niet zo controversieel zijn. Bijna iedereen kan het ermee eens zijn dat autonomie, weldoen, niet-schaden en rechtvaardigheid belangrijk zijn.

Het probleem, of eigenlijk de uitdaging, ontstaat pas wanneer die principes met elkaar in conflict komen. En dat gebeurt in de praktijk voortdurend.

We zullen u een voorbeeld geven:

Neem een patiënt die weigert een levensreddende bloedtransfusie, om religieuze redenen, zoals bij sommige Jehova's Getuigen kan voorkomen. Het principe van autonomie zegt: respecteer die keuze, het is zijn lichaam en zijn geloof. Maar het principe van weldoen zegt: als arts wil ik deze persoon toch redden, ik zie hem doodgaan aan iets wat te voorkomen is.

Daar zit meteen een van de kernspanningen van de hele medische ethiek. En zulke afwegingen zijn zelden met een simpele formule op te lossen. Vandaar dat het een levend gespreksonderwerp blijft, ook onder ethici zelf.

Er bestaan trouwens ook andere manieren om naar medische ethiek te kijken dan via die vier principes. Filosofen benaderen morele vragen soms vanuit heel verschillende invalshoeken, en dat heeft ook direct gevolgen voor hoe je een medisch dilemma beoordeelt.

Daar komen we straks nog uitgebreid op terug, wanneer we het specifiek hebben over de rol van de filosofie hierin. Maar laten we nu eerst wat concreter worden. Praktijkvoorbeelden, waar medische ethiek vandaag de dag echt om de hoek komt kijken.

DEEL 4 — VOORBEELDEN UIT DE PRAKTIJK

Laten we een aantal terreinen langslopen waar medische ethiek vandaag dagelijks een rol speelt. En laten we beginnen bij een onderwerp dat in Nederland en België allebei uitgebreid maatschappelijk besproken wordt: euthanasie.

Nederland was in 2002 een van de eerste landen ter wereld die euthanasie wettelijk regelde, onder strikte voorwaarden. België volgde diezelfde jaar. Duitsland kent geen euthanasiewet in dezelfde vorm, maar het Duitse Constitutioneel Hof erkende in 2020 wel een recht op zelfbeschikking rond het levenseinde, wat de discussie daar in een andere juridische plooi heeft gelegd. (in Duitsland is de Term „Euthanasie“ erg belast door het nazi verleden. Hier werd het gebruikt als een onmenselijk schuilwoord voor de moord op mensen die als onwaardig leven werden beschouwd. Dus het thema is in Duitsland bijzonder gevoelig.)

Dat verschil tussen de drie landen is op zich al een prachtig voorbeeld van hoe medische ethiek en wetgeving met elkaar verweven zijn, maar tegelijk sterk cultuurgebonden blijven. Wat in het ene land als een uiting van autonomie wordt gezien, ligt in het andere land veel gevoeliger.

Binnen de euthanasiewetgeving in Nederland en België spelen precies die vier principes die we net noemden een rol. Autonomie: de patiënt moet vrijwillig en weloverwogen om levensbeëindiging vragen. Weldoen en niet-schaden: er moet sprake zijn van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. En rechtvaardigheid: iedereen die aan de voorwaarden voldoet, zou in principe gelijke toegang moeten hebben.

Een ander groot terrein is orgaandonatie. Ook daar zien we verschillen tussen onze landen. Nederland werkt sinds 2020 met een actief donorregistratiesysteem, waarbij mensen die niets laten registreren, in principe als “geen bezwaar” worden beschouwd. België kent al langer een systeem van veronderstelde toestemming, met de mogelijkheid om je daartegen

te registreren. Duitsland houdt vast aan een systeem waarbij uitdrukkelijke toestemming nodig is, hoewel daar ook al jaren discussie over loopt.

Dat raakt weer direct aan autonomie: wie beslist over mijn lichaam, ook na mijn dood? En aan rechtvaardigheid, want er is een chronisch tekort aan donororganen, en de vraag hoe je bepaalt wie een orgaan krijgt wanneer er te weinig zijn, is een van de zwaarste ethische kwesties in de transplantatiegeneeskunde.

Een derde voorbeeld, minder dramatisch misschien, maar minstens zo relevant in het dagelijks leven: medische gegevens en privacy. Elektronische patiëntendossiers, het delen van gegevens tussen zorgverleners, het gebruik van medische data voor onderzoek of zelfs door verzekeraars.

Ook hier speelt autonomie een grote rol. Mag een ziekenhuis mijn gegevens delen met een onderzoeksinstelling zonder dat ik daar expliciet toestemming voor geef? De Algemene Verordening Gegevensbescherming, de AVG, of in het Duits de Datenschutz-Grundverordnung, probeert daar op Europees niveau kaders voor te scheppen, maar de ethische vragen erachter blijven volop in ontwikkeling.

Een vierde en steeds actueler voorbeeld: experimentele behandelingen en klinische studies. Denk aan de snelheid waarmee tijdens de coronapandemie vaccins werden ontwikkeld en toegelaten.

Dat was een fascinerend moment voor de medische ethiek, eigenlijk. Aan de ene kant de urgentie: mensen stierven, een snelle oplossing kon levens redden. Aan de andere kant de noodzaak om zorgvuldig te blijven testen, transparant te zijn over onzekerheden, en mensen goed te informeren voordat ze een vaccin namen dat nog relatief nieuw was.

Dat spanningsveld tussen snelheid en zorgvuldigheid, tussen collectief belang en individuele keuzevrijheid, zagen we toen in alle hevigheid naar boven komen, ook in het maatschappelijk debat, met soms felle discussies tussen voor- en tegenstanders van verplichte vaccinatie of coronapasjes.

En een laatste voorbeeld voor nu, dat ons mooi bij de toekomst gaat brengen: kunstmatige intelligentie in de zorg. Algoritmes die meehelpen bij diagnoses, die voorspellen welke patiënt risico loopt op complicaties, of zelfs die meebeslissen over behandelplannen.

Wie is er verantwoordelijk als een algoritme een verkeerde inschatting maakt? De arts die het advies overneemt? De ontwikkelaar van de software? Het ziekenhuis dat het systeem heeft aangeschaft? Dat zijn hele nieuwe ethische vragen, waar de klassieke Hippocratische eed natuurlijk geen enkel antwoord op geeft.

Mooi bruggetje eigenlijk naar het volgende deel van ons gesprek. Want we hebben het al even gehad over de relatie tussen arts en patiënt. Laten we daar nu dieper op ingaan.

DEEL 5 — DE ROL VAN ARTS EN PATIËNT

Als we teruggaan naar Hippocrates, dan zien we een heel duidelijke, hiërarchische relatie. De arts weet, de patiënt volgt. Dat model noemen we tegenwoordig paternalisme. De arts als een soort vaderfiguur die, met de beste bedoelingen, beslist wat goed is voor de patiënt.

En dat model heeft eeuwenlang min of meer standgehouden. Tot ver in de twintigste eeuw was het volstrekt normaal dat een arts een diagnose stelde, een behandeling koos, en de patiënt daar eigenlijk weinig inspraak in had. Soms werd zelfs bewust informatie achtergehouden, “om de patiënt niet ongerust te maken.”

Dat is echt goed bedoeld paternalisme, zeg maar. Maar met de opkomst van patiëntenrechten vanaf de jaren zestig en zeventig, mede door de zaken die we net bespraken zoals Neurenberg en Tuskegee, begon dat model te kantelen.

Vandaag spreken we veel liever over gedeelde besluitvorming, in het Engels “shared decision making”. De arts brengt zijn medische expertise in, legt de opties helder uit, met voor- en nadelen. De patiënt brengt zijn eigen waarden, voorkeuren en levensomstandigheden in. Samen komen ze tot een beslissing.

Dat klinkt mooi in theorie, en het is ook echt een vooruitgang, maar in de praktijk is het niet altijd zo eenvoudig. Een arts heeft vaak maar een paar minuten per consult. Een patiënt is soms overweldigd door emoties, angst, of simpelweg te weinig medische voorkennis om alle opties goed te kunnen wegen.

En dan is er nog een ander punt: niet elke patiënt wil evenveel inspraak. Sommige mensen willen heel actief meebeslissen, het achterste van hun tong weten over elke behandeloptie. Anderen zeggen liever: dokter, zegt u het maar, u bent de expert. Beide houdingen zijn op zich legitiem, en een goede arts moet daar gevoelig voor kunnen zijn.

En dit is een interessant punt, want het raakt aan iets dat we niet mogen vergeten: autonomie betekent niet dat iedereen verplicht is om zelf alles te beslissen. Het betekent dat de mogelijkheid er moet zijn, en gerespecteerd wordt.

Er is trouwens ook een culturele dimensie aan deze vraag, die voor ons drielanden programma extra relevant is. In sommige culturen is het veel gebruikelijker dat beslissingen over gezondheid door de familie samen worden genomen, niet alleen door het individu. Dat kan best botsen met het sterk geïndividualiseerde autonomiebegrip zoals dat in West-Europa juridisch is verankerd.

Dat is een mooi bruggetje eigenlijk naar iets waar we straks nog dieper op ingaan, namelijk migratie en de vraag hoe onze zorgsystemen omgaan met een steeds diverser wordende bevolking, met verschillende culturele opvattingen over ziekte, dood, en de rol van de arts.

Maar laten we nu eerst, zoals beloofd, het hebben over de filosofie. Want achter al deze praktische vragen zitten fundamentele manieren van denken over wat “goed handelen” eigenlijk betekent.

DEEL 6 — WAT HEEFT FILOSOFIE HIERMEE TE MAKEN?

We hadden het vorige week over de filosofie. Vandaag komen die stromingen heel concreet terug, want medische ethiek is in feite toegepaste filosofie.

Laten we drie klassieke benaderingen even kort herhalen, en meteen toepassen op een medisch voorbeeld. Ten eerste het utilisme, of consequentialisme. Deze stroming, met denkers als Jeremy Bentham en John Stuart Mill, zegt: een handeling is goed als ze het grootste geluk, of het grootste welzijn, voor het grootste aantal mensen oplevert. Het gaat om de gevolgen van een daad.

Toegepast op de zorg zou een utilist bijvoorbeeld zeggen: als er tijdens een pandemie te weinig beademingsapparatuur is, geef die dan aan de patiënten die de grootste kans hebben om te overleven en de meeste levensjaren te winnen. Puur gericht op het maximaliseren van het totale welzijn.

Dat klinkt logisch, maar het roept meteen ongemakkelijke vragen op. Betekent dat dan dat een negentigjarige minder recht heeft op zorg dan een dertigjarige, puur omdat die laatste statistisch meer levensjaren kan winnen? Daar wringt iets.

En dat brengt ons bij de tweede stroming: de deontologie, met als bekendste vertegenwoordiger Immanuel Kant. Deze benadering zegt: het gaat niet om de gevolgen, maar om de plicht, om het handelen volgens universele morele regels, ongeacht de uitkomst. Sommige dingen doe je gewoon niet, punt uit, ook al zou het misschien meer geluk opleveren.

Een deontoloog zou zeggen: iedere patiënt heeft evenveel recht op zorg, simpelweg omdat elk mens een gelijke, intrinsieke waardigheid heeft. Leeftijd of levensverwachting mogen daar geen rol in spelen bij het toekennen van basiszorg.

En hier zie je meteen hoe die twee stromingen in de praktijk met elkaar kunnen botsen. Bij triage tijdens een pandemie, bijvoorbeeld, zien we vaak een soort compromis tussen deze twee uitersten: medische criteria die iets met overlevingskansen te maken hebben, maar wel binnen een kader dat menselijke waardigheid centraal blijft stellen.

Een derde stroming die vaak wordt genoemd in de medische ethiek is de deugdethiek, die teruggrijpt op Aristoteles. Hier gaat het niet zozeer om regels of gevolgen, maar om het karakter van de handelende persoon. Wat zou een deugdzame arts doen? Iemand met eigenschappen als mededogen, moed, eerlijkheid, en praktische wijsheid?

Deze benadering is misschien wel het dichtst bij hoe artsen in de praktijk vaak echt denken. Niet elke beslissing kan worden teruggebracht tot een formule van regels of berekeningen. Vaak gaat het om karakter, ervaring, en een soort moreel vakmanschap dat je ontwikkelt doorheen je carrière.

En dan is er nog een vierde benadering die specifiek binnen de medische ethiek erg invloedrijk is geworden: de zorgethiek, of “care ethics”, met denkers als Carol Gilligan en Nel Noddings. Deze benadering legt de nadruk op relaties, op zorg, op verbondenheid, in plaats van op abstracte principes of regels.

Zorgethiek zegt eigenlijk: je kan een patiënt niet reduceren tot een set rechten en plichten. Er is een relatie, met emotionele en sociale dimensies, en die relatie zelf heeft morele waarde. De manier waarop een verpleegkundige aan het bed van een stervende patiënt zit, is zelf al een vorm van ethisch handelen, ook zonder dat er een groot dilemma hoeft te worden opgelost.

Wat mooi is aan al deze filosofische kaders, is dat geen enkele ervan op zichzelf een pasklaar antwoord geeft. Ze zijn eerder gereedschap. Verschillende brillen waardoor je naar hetzelfde probleem kan kijken, om zo tot een genuanceerder oordeel te komen.

Dat is ook precies waarom ethische commissies in ziekenhuizen, de zogenaamde commissies medische ethiek, meestal niet uit één type expert bestaan. Daar zitten artsen, verpleegkundigen, juristen, filosofen, en vaak ook geestelijk verzorgers of vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties samen aan tafel.

Precies om die verschillende perspectieven, die verschillende filosofische tradities eigenlijk, met elkaar in gesprek te laten gaan, voordat er over een moeilijk geval een aanbeveling wordt gedaan.

We hebben hiermee een goed fundament gelegd: geschiedenis, principes, praktijk, en filosofie. Tijd om de blik naar voren te richten. Wat brengt de toekomst voor de medische ethiek?

DEEL 7 — DE TOEKOMST: VERGRIJZING EN MIGRATIE

Laten we het hebben over twee grote maatschappelijke bewegingen die de medische ethiek de komende decennia flink onder druk gaan zetten. Ten eerste, de vergrijzing.

Als we naar ons drie landen, Nederland, België en Duitsland kijken, dan behoren alle drie tot de landen met een sterk vergrijzende bevolking. Meer ouderen, minder jongeren die de zorgkosten via belastingen en premies dragen. Dat is geen nieuw gegeven, maar de gevolgen worden de komende jaren steeds voelbaarder.

Hier raken we direct aan het principe van rechtvaardigheid dat we eerder noemden. Als de zorgvraag stijgt en de beschikbare middelen, mensen en geld niet in hetzelfde tempo meegroeien, dan ontstaat er onvermijdelijk een verdelingsvraagstuk. Wie krijgt voorrang? Welke behandelingen blijven binnen het basispakket, en welke niet meer?

Dat is geen hypothetische vraag. In verschillende Europese landen wordt nu al gediscussieerd over de grenzen van wat de collectieve zorgverzekering nog kan blijven vergoeden, zeker met dure nieuwe behandelingen zoals gentherapieën of geavanceerde kankermedicatie, die soms honderdduizenden euro's per patiënt kosten.

Dit plaatst artsen in een positie die eigenlijk botst met het klassieke Hippocratische ideaal. Hippocrates zei: doe wat goed is voor deze ene patiënt voor u. Maar een arts vandaag moet

soms ook denken vanuit het collectief: wat kunnen we ons als samenleving veroorloven, en hoe verdelen we dat eerlijk?

Er is een term voor die spanning: micro-allocatie versus macro-allocatie. Micro-allocatie is de beslissing aan het bed, bij deze ene patiënt. Macro-allocatie is de bredere beleidsvraag, op het niveau van ziekenhuizen, verzekeraars, of de overheid, over hoe schaarse middelen worden verdeeld over de hele bevolking.

Vergrijzing zal die macro-allocatievragen alleen maar scherper maken. Denk aan dementiezorg, die exponentieel zal toenemen. Denk aan de vraag hoe lang we intensieve behandelingen nog zinvol vinden bij zeer hoogbejaarde patiënten. Dat zijn geen gemakkelijke gesprekken, maar ze zullen gevoerd moeten worden.

Dan is er de tweede grote beweging die we noemden: migratie. Nederland, België en Duitsland kennen alle drie een groeiende diversiteit aan inwoners, met verschillende culturele en religieuze achtergronden.

En dat brengt, zoals we eerder al even aan stipten, andere opvattingen mee over gezondheid, ziekte, het levenseinde, en de rol van de familie in medische beslissingen. Wat in het ene referentiekader een uiting is van respect, kan in een ander kader juist als paternalistisch of net als verwaarlozing worden ervaren.

Als een concreet voorbeeld kunnen we dit geven: In sommige culturele tradities is het gebruikelijk dat een ernstige diagnose eerst aan de familie wordt meegedeeld, die vervolgens beslist hoe en of de patiënt zelf wordt geïnformeerd, soms om de patiënt te “beschermen” tegen slecht nieuws. In het Nederlandse en Belgische zorgsysteem, waar het recht van de individuele patiënt op informatie wettelijk sterk is verankerd, kan dat tot spanningen leiden. De arts is wettelijk verplicht de patiënt zelf te informeren, maar de familie ervaart dat soms als een schending van wat zij als respectvolle zorg beschouwen.⁰

Dat soort situaties vraagt van artsen en zorginstellingen een vorm van culturele sensitiviteit die vroeger veel minder aan de orde was. En dat is precies waar de vraag van daarnet over mogelijke onvrede relevant wordt.

Kan dit tot onvrede leiden? Ik denk dat we eerlijk moeten zijn: ja, die spanning bestaat al, en zal waarschijnlijk toenemen. Aan de ene kant kan onvrede ontstaan bij patiënten en families die het gevoel hebben dat hun culturele of religieuze waarden onvoldoende gerespecteerd worden binnen een systeem dat is opgebouwd rond het West-Europese autonomiebegrip.

Aan de andere kant kan er ook onvrede ontstaan bij zorgverleners, en soms bij een deel van de bevolking, die het gevoel hebben dat bepaalde aanpassingen aan het zorgsysteem, bijvoorbeeld rond taal, rituelen, of beslissingsprocessen, ten koste gaan van de gelijke behandeling van iedereen, of van de druk op toch al schaarse middelen.

Het is belangrijk om hier geen karikatuur van te maken. Dit is een complex maatschappelijk debat, met redelijke argumenten aan verschillende kanten, en het is niet aan ons om hier vandaag een pasklare politieke oplossing voor te presenteren.

Maar wat we wel kunnen zeggen, vanuit de medische ethiek zelf, is dat dit soort spanningen precies de reden zijn waarom dat vakgebied niet stilstaat. De vier principes die we eerder bespraken, autonomie, weldoen, niet-schaden, rechtvaardigheid, blijven overeind, maar de

manier waarop je ze toepast in een steeds diverser wordende samenleving, vraagt voortdurend nieuwe reflectie.

Steeds meer ziekenhuizen investeren daarom in interculturele bemiddeling, in tolkendiensten, en in bijscholing van medisch personeel rond culturele sensitiviteit. Niet om het ene systeem door het andere te vervangen, maar om beter te kunnen luisteren, en om samen, per situatie, tot een aanvaardbare oplossing te komen.

Er is trouwens ook een minder besproken kant van vergrijzing én migratie samen: veel zorgpersoneel in onze drie landen bestaat zelf voor een aanzienlijk deel uit mensen met een migratieachtergrond. De zorg draait in toenemende mate juist dankzij die diversiteit, niet ondanks. Dat nuanceert het beeld ook.

Het is misschien goed om ook te benoemen dat dit geen louter Nederlands of Belgisch vraagstuk is. Duitsland kent, met zijn Gastarbeiter-geschiedenis vanaf de jaren zestig en de latere vluchtelingeninstroom vanaf 2015, al decennialang ervaring met precies dit soort vraagstukken binnen het eigen zorgsysteem, en veel inzichten daaruit worden inmiddels ook in Nederland en België bestudeerd.

En dat is ook een hoopvolle noot: we hoeven dit wiel niet steeds opnieuw uit te vinden. Landen kunnen van elkaar leren, juist ook binnen zo'n Vlaams-Nederlands-Duits gesprek als het onze vandaag.

1. De belangrijkste les hier is dat medische ethiek nooit los kan staan van de bredere maatschappelijke context. Vergrijzing is niet alleen een demografisch gegeven, het is ook een politieke keuze hoe we de zorg daarvoor financieren. Migratie is niet alleen een culturele uitdaging, het is ook een kans om het zorgsysteem menselijker en flexibeler te maken voor iedereen, ook voor autochtone patiënten die soms evenzeer met onbegrip te maken krijgen binnen een grote, onpersoonlijke zorginstelling.

DEEL 8 — TECHNOLOGIE EN DE VERDERE TOEKOMST

Naast vergrijzing en migratie is er natuurlijk nog een derde grote kracht die de medische ethiek van de toekomst zal vormgeven: technologie.

We noemden kunstmatige intelligentie al even. Maar denk ook aan gentechnologie, zoals CRISPR, waarmee DNA heel precies aangepast kan worden. Denk aan de mogelijkheid om erfelijke ziektes al bij een embryo te corrigeren.

Dat opent deuren die tegelijk hoopvol en beangstigend zijn. Hoopvol, omdat ernstige erfelijke ziektes mogelijk voorkomen kunnen worden. Beangstigend, omdat de grens tussen het genezen van ziekte en het “verbeteren” van mensen, denk aan lengte, intelligentie, uiterlijk, flinterdun kan worden.

Dat onderscheid tussen therapie en enhancement, dus tussen genezen en verbeteren, is een van de grote thema's die de medische ethiek de komende decennia zal blijven bezighouden.

En ook daar zien we die klassieke filosofische stromingen weer terugkomen. Een utilist zou kunnen zeggen: als we met gentechnologie het totale menselijke geluk en welzijn kunnen vergroten, waarom zouden we dat niet doen? Een deontoloog zou eerder vragen stellen bij de menselijke waardigheid die in het geding komt als we beginnen te “ontwerpen” aan toekomstige generaties.

Een ander groeiend thema in de zorg is robotica. Zorgrobots die ouderen gezelschap houden, of helpen bij dagelijkse taken. Dat kan heel waardevol zijn in een context van personeelstekorten door vergrijzing, waar we het al over hadden, maar het roept ook vragen op over menselijk contact, waardigheid, en eenzaamheid.

Hier komt een vraag boven: Is een zorgrobot die gezelschap simuleert, ethisch aanvaardbaar, als het alternatief eenzaamheid is? Of ondermijnt het juist iets fundamenteels aan menselijke zorg?

Vragen zonder makkelijk antwoord, maar precies dat soort vragen zullen de medische ethiek van de komende decennia bepalen. Net zoals de vragen rond Neurenberg en Helsinki de ethiek van de twintigste eeuw hebben gevormd.

DEEL 9 — EPILOOG

Als we dit uur overzien, wat blijft er dan hangen? Ik denk vooral dit: medische ethiek is geen afgerond hoofdstuk uit een geschiedenisboek. Het begon bij Hippocrates, met een paar simpele maar krachtige beloftes, en het is sindsdien blijven meebewegen met elke grote verandering in onze samenleving.

Van de verschrikkingen die leidden tot Neurenberg en Helsinki, tot de vraag hoe we vandaag omgaan met euthanasie, orgaandonatie, en kunstmatige intelligentie. En morgen, met vergrijzing, migratie, en gentechnologie.

Wat vooral blijft hangen, is dat er geen enkele formule bestaat die ons uit deze dilemma's verlost. Geen enkele filosofische stroming, geen enkel principe, geeft in zijn eentje het juiste antwoord. Het blijft mensenwerk: artsen, patiënten, families, ethici, samen zoekend naar wat, hier en nu, het meest verantwoord aanvoelt.

En misschien is dat ook wel de kern van wat Hippocrates, al die eeuwen geleden, probeerde vast te leggen. Niet een set onwrikbare regels, maar een houding. De erkenning dat wie met de gezondheid, het lijden, en het leven van een ander mens te maken krijgt, een bijzondere verantwoordelijkheid draagt.

Heeft u zelf een ervaring, een mening, of een vraag over dit onderwerp? Laat het ons zeker weten, u weet ons te vinden.

LINKS

- [Pil van Drion - Wikipedia](#)
- [Tom Beauchamp - Wikipedia](#)
- [James Childress - Wikipedia](#)

- [Jack Kevorkian - Wikipedia](#)
- [Hersendood en het hersendoodprotocol: zorgvuldigheid voorop](#)
- [Hersendood \(vragen en antwoorden\)](#)
- [Jeremy Bentham - Wikipedia](#)
- [John Stuart Mill - Wikipedia](#)
- [GLP-1s are shrinking bodies. Enter cadaver fat injections | CNN](#)
- [Carol Gilligan - Wikipedia](#)
- [Zorgethiek - Wikipedia](#)