



► **Lezing over medische ethiek door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Jet Bussemaker**
Erasmus Universiteit Rotterdam, 17 april 2007

Wijzigingen voorbehouden. Alleen de uitgesproken tekst geldt!

Dames en heren,

Allereerst wil ik u bedanken dat u mij vandaag in de gelegenheid stelt de medisch-ethische voornemens van dit kabinet toe te lichten.

Over dit onderwerp was direct na het totstandkomen van het coalitieakkoord veel te doen.

Als je sommige reacties en commentaren in de media - en daarbuiten - moet geloven, is de klok op medisch-ethisch gebied minstens vijftig jaar teruggedraaid.

Zo had Mark Rutte het over de 'betuttelende voornemens' van dit kabinet, sprak Femke Halsema over 'christelijke spruitjeslucht' en deed Alexander Pechtold voorkomen alsof het kabinet Nederland ver in de tijd zou terugwerpen.

De onrust, die ook bij sommige maatschappelijke organisaties zichtbaar was, deed voorkomen alsof het kabinet het recht op abortus sterk zou inperken, het vrijwillige levenseinde onder druk zou zetten, terwijl het verbod op het doen van onderzoek op embryo's de wetenschap zou stilzetten.

Er trok daarom een huivering door Nederland. De een vond dit niet ver genoeg gaan, de ander juist weer veel te ver.

Was en is dat terecht?

Ik zal hier betogen dat die onrust niet terecht en bovendien onnodig is. Het hierboven geschetste beeld is een karikatuur.

Wie het coalitieakkoord op dit punt goed leest, ziet dat er helemaal geen sprake is van het teruggedraaien van de klok. Aan de mogelijkheid op abortus en euthanasie wordt bijvoorbeeld niet getornd. Dat is geen achteruitgang en ik ben zelfs van mening dat ondanks de tegenstellingen binnen het kabinet over deze onderwerpen, we een weg hebben gevonden om toch vooruit te gaan, in plaats van achteruit.

Het maken van een karikatuur is daarom niet alleen onterecht, maar ook een gemiste kans om een open discussie aan te gaan over de nieuwe medisch ethische vragen waarmee we worden geconfronteerd. Want vragen over deze terreinen zijn wel degelijk aan de orde, deels als gevolg van maatschappelijke en deels als gevolg van technologische ontwikkelingen.

► Ik zal eerst ingaan op de maatschappelijke en wetenschappelijke achtergronden die leiden tot nieuwe vragen over medisch ethische thema's.

Vervolgens zal ik ingaan op een aantal centrale waarden in het beleid rond medisch-ethische thema's.

Daarna zal ik aan de hand van het beleid ten aanzien van euthanasie, abortus en de embryowet aangeven welke concrete maatregelen u de komende tijd kunt verwachten.

Tot slot volgen enkele conclusies.

Allereerst de maatschappelijke en wetenschappelijke achtergronden van de medisch ethische discussies.

Sinds de jaren vijftig zijn de medische mogelijkheden sterk toegenomen en ontwikkelde de medische technologie zich revolutionair.

Als gevolg hiervan beschikken individuen over meer mogelijkheden om zélf keuzes te maken. Ook artsen beschikken over meer mogelijkheden om patiënten te behandelen.

Maar niet elke medische verandering is voor de patiënt een verbetering.

We kunnen dankzij medische ontwikkelingen langer in leven blijven - er zijn meer behandelingen mogelijk en er is betere medicatie beschikbaar - maar de vraag is of de kwaliteit van leven hierdoor ook altijd toeneemt. Iemand die al een aantal keren een chemokuur heeft gehad en opnieuw te horen krijgt dat de agressieve kanker niet is bedwongen, kan zich afvragen of de nieuwe kuur, met alle vervelende effecten die er aan vastzitten, nog zinvol is. Met andere woorden; innovatie van medische ontwikkelingen hoeft niet altijd te leiden tot verbetering van kwaliteit van leven.

Daardoor dringen zich vragen op als: hoe ver moet je en wil je met een behandeling gaan? Wat is nog draaglijk voor een patiënt? En: welke behandeling vindt de patiënt nog de moeite waard en welke wil hij beslist niet meer ondergaan?

Deels los daarvan, maar deels ook beïnvloed door technische ontwikkelingen - veranderden in de naoorlogse jaren de sociale en maatschappelijke gezagsverhoudingen in rap tempo; tussen burger en overheid, tussen man en vrouw, tussen pastoor en kerkbezoeker en tussen arts en patiënt.

De arts werd niet langer gezien als de autoriteit die onaantastbaar is en geen tegenspraak duldt. De patiënt werd mondig en eiste dat er naar hem geluisterd werd. Nederland was daarin internationaal een koploper. Nog steeds zijn er veel landen waar het niet past als een patiënt vragen stelt, laat staan dat hij of zij de voorgeschreven behandeling ter discussie stelt. Er zijn nog landen waar niet aan de patiënt wordt gevraagd of hij of zij instemt met de voorgestelde behandeling. De behandeling begint gewoon, zonder enige discussie.

De nieuwe, medische ontwikkelingen en de toegenomen mondigheid van mensen

► Toespraak

▶ veranderden de praktijk.

Zo heeft de – medische – uitvinding van de pil het abortusdebat sterk beïnvloed; zwangerschap was opeens niet langer een gegeven, maar iets waar je voor kon kiezen. De leus van *Wij vrouwen eisen 'baas in eigen buik'* was gebaseerd op die keuzevrijheid. Niet de pastoor, niet de man, en niet de arts, maar de vrouw zelf nam volgens deze leus het besluit. Dat was in de jaren zeventig een statement van jewelste. De algemene emancipatietendens van die jaren leidde er ook toe dat men openhartiger begon te spreken over euthanasie. Het idee begon weerklank te vinden dat mensen zelf zouden moeten kunnen aangeven niet meer verder te willen als zij uitzichtloos en ondraaglijk lijden.

Mijn conclusie: Het bespreekbaar maken van medisch ethische kwesties gaat ons allemaal aan. Het is noodzakelijk om tot afgewogen en zorgvuldige keuzes te komen ten aanzien van de vraag waar we politieke grenzen trekken over de maatschappelijke gevolgen van medische en technologische ontwikkelingen.

De volgende vraag, die daar dan automatisch op volgt, is dan: **op basis van welke centrale waarden voeren we dat debat?**

Bij medisch-ethische thema's gaat het altijd om geloofs- of waardenconflicten. Deze zijn te onderscheiden van belangenconflicten. Volgens de rechtssocioloog Kees Schuyt gaat het bij geloofs- of waardenconflicten om conflicten waarbij partijen niet dezelfde waarden hanteren. Er is, in de woorden van Kees Schuyt, geen basis voor ruil of compromissen: "Met de waarheid wordt niet gemarchandeerd, opvattingen over de geoorloofdheid van abortus of euthanasie kunnen zeer moeilijk met geven en nemen worden bijgelegd'. Anders is het bij belangenconflicten. Bij belangenconflicten kan wel onderhandeld worden, ze gaan vooral over de verdeling van goederen.

Conflicten over inkomen, premiebetalingen en inhoud van ziektekostenpakketten zijn voorbeelden van dergelijke conflicten.

Om hedendaagse waardenconflicten hanteerbaar te maken, zo betoogt Schuyt, dient gezocht te worden naar de mogelijkheid om een waardenconflict om te vormen tot bepaalde, eventueel van elkaar verschillende, belangenconflicten. 'Hoe kunnen vervolgens die belangenconflicten verder met al of niet tijdelijke compromissen en maatregelen worden behandeld?'

Deze werkwijze herken ik in de aanpak van het kabinet; ik kom daar aan het eind van mijn betoog op terug.

Maar eerst wil ik stilstaan bij de waarden die een rol spelen bij medisch ethische thema's en waarover in feite de conflicten gaan.

Ik behandel achtereenvolgens de autonomie van mensen, de waarde van keuzevrijheid, bescherming van het ongeboren leven en professionaliteit van de arts.

► Een van meest bepalende waarden in de recente ontwikkeling van beleid rond medisch ethische vraagstukken, is die van **de menselijke autonomie**. Zelfbeschikking is leidend geweest in de beleidsontwikkeling. De leus 'De vrouw beslist' geeft aan dat het de vrouw is die om een abortus vraagt en dat met de arts bespreekt. Datzelfde principe van zelfbeschikking geldt bij euthanasie: het is de patiënt die verzoekt om levensbeëindiging en het is ook de patiënt die instemt met een medische behandeling of deze weigert.

Autonomie is een verworvenheid van de laatste decennia en vormt het dominante uitgangspunt van beleid. Een verworvenheid die overigens niet van bovenaf is opgelegd. Ze is ontstaan van onderen, in de samenleving zelf.

In de klassiek liberale traditie wordt gesproken over 'possessive individualism'; individuen beschikken los van wie dan ook over zichzelf en hebben een absoluut zelfbeschikkingsrecht.

In Nederland was het beroep daarop in de jaren zeventig wellicht een correctie op het paternalisme van de jaren vijftig, waarin de pastoor en dominee, het hoofd van het gezin en de werkgever bepaalden wat goed voor iemand was.

Ik plaats een kanttekening bij die benadering.

Autonomie is immers niet grenzeloos. De mens oefent autonomie uit in een context. De meeste mensen zullen een besluit tot verzoek tot levensbeëindiging niet in absolute afzondering nemen, maar dat bespreken met dierbaren en naasten. Zij die dichtbij staan, worden geconfronteerd met pijn door het toekomstige verlies en met verdriet bij het aanzien van ondraaglijk en uitzichtloos lijden van een dierbare.

In het geval van abortus zal de man soms geen enkele rol spelen. Bijvoorbeeld als het gaat om een zwangerschap na een toevallige eenmalige ontmoeting. En soms juist wel: in het geval een vrouw zwanger is geworden als gevolg van de 'mislukte' werking van anti-conceptie.

Bijna alle vrouwen praten met anderen voordat zij dit moeilijke besluit nemen. Dat kan met de partner, vriendin of ouders zijn, maar ongeveer de helft van de vrouwen vraagt hulp aan deskundigen, de huisarts, abortusarts of maatschappelijk werker.

Respect voor andermans autonomie mag daarom nooit leiden tot onverschilligheid, of het overlaten van mensen aan hun lot.

We moeten dan ook erkennen dat autonomie - daadwerkelijke zelfbeschikking van patiënten - alleen plaats kan vinden indien de individuele mens ook de handvatten krijgt om autonomie te kunnen uitoefenen. Het individu moet worden gezien in relatie met sociale en hulpverleningsnetwerken.

Nauw verbonden met autonomie is **de waarde van keuzevrijheid**. Om zelfstandig en autonoom beslissingen te kunnen nemen, moeten mensen diverse alternatieven kunnen afwegen. Daarvoor is het nodig de gevolgen van die alternatieven te kunnen overzien.

Maar in de praktijk is dat lang niet eenvoudig. Het gaat soms om beslissingen over leven en dood. Tegelijkertijd worden medische behandelingen steeds ingewikkelder



► en daardoor vaak ook belastender voor de patiënt. Mensen moeten weten wat de risico's zijn en waar zich eventueel problemen kunnen voordoen. Dat betekent dat er deskundige hulp en informatie moet zijn om een besluit te kunnen nemen.

Sommige mensen hebben hulp nodig bij het maken van een goede keuze. Dit geldt des te meer als mensen niet of niet meer in staat zijn om zelf een weloverwogen beslissing te nemen. Bijvoorbeeld mensen met een ernstige verstandelijke handicap of dementerenden.

Op sommige momenten zijn mensen niet in staat hun leven die sturing te geven die ze zelf zouden willen. Je kunt er dan niet van uitgaan dat mensen volledig zelf in staat zijn autonome keuzes te maken. Kortom, om bij deze mensen de sturing te herstellen moet je soms helpen. De sociale omgeving van mensen speelt hierbij zeker ook een rol van belang.

Het derde waardenconflicten waarbij ik wil staan is die waar autonomie en **bescherming van het ongeboren leven** tegen elkaar moeten worden afgewogen. In de liberale traditie wordt veel gewicht toegekend aan autonomie en zelfbeschikking. Bescherming van het ongeboren leven is een notie die een belangrijke basis heeft in de christelijke levensvisie. De waarden in onze samenleving zijn in het algemeen sterk gebaseerd op de christelijke uitgangspunten. Respect voor menselijk leven staat daarin centraal. Bijna iedereen deelt die opvatting. Ook mensen die niet gelovig zijn.

Waar de meningen over uiteenlopen is hoe ver de beschermwaardigheid moet gaan.

Maar net zo goed als autonomie niet in absolute zin hoeft te worden uitgelegd, geldt dat ook voor de bescherming van het leven.

In het bijzonder als het gaat om ongeboren leven, lopen opvattingen uiteen over hoe ver de beschermwaardigheid zou moeten gaan.

Dat uit zich ook in verschillen van mening over vanaf welk moment er sprake is van menselijk leven. Is dat vanaf het moment dat eicel en zaadcel zijn samengesmolten bij de bevruchting? En is vanaf dat moment de beschermwaardigheid absoluut? Zo absoluut dat geen enkele andere waarde daartegenover gewicht in de schaal kan leggen?

In een opvatting dat er bij ongeboren leven veeleer sprake is van een opklimmende beschermwaardigheid kan er wel ruimte zijn voor een afweging. De Wet afbreking zwangerschap is gebaseerd op het uitgangspunt van opklimmende beschermwaardigheid; in die zin dat tot de levensvatbaarheidsgrens de wens van de vrouw om in haar noodsituatie voor afbreken te kiezen gehonoreerd mag worden.

Ook de Embryowet – ik kom daar straks uitgebreid op terug - is op het uitgangspunt van opklimmende beschermwaardigheid gebaseerd. Een embryo dat buiten het moederlichaam tot stand is gebracht, in-vitro, valt onder de bescherming van de Embryowet.

De wet maakt echter wel een afweging mogelijk.



▶ Als het gaat om wetenschappelijk onderzoek moet het belang van het onderzoek groot genoeg zijn om de inbreuk op het respect voor menselijk te rechtvaardigen. Als het gaat om wetenschappelijk onderzoek met embryo's die ook geïmplanteerd zullen worden, stelt de Embryowet veel strengere eisen. In die gevallen gaat de beschermwaardigheid dus verder.

Nog ingewikkelder worden de afwegingen als het gaat om een gewenste zwangerschap en als is gebleken dat het kind een ernstige aandoening heeft. Dan speelt behalve waarden als respect voor menselijk leven en autonomie ook nog de vraag een rol naar het gewicht dat toegekend mag worden aan de kwaliteit van het leven van het aanstaande kind.

De Wet afbreking zwangerschap is ook op deze situaties van toepassing: de wetenschap dat het kind een ernstige aandoening heeft, kan voor de vrouw een noodsituatie betekenen waarin zij kan kiezen voor afbreken.

Behalve de autonomie en keuzevrijheid van de burger en de beschermwaardigheid van ongeboren leven, is er wat mij betreft nog een kernwaarde aan de orde; **de erkenning van de professionaliteit van de betrokken arts.**

In meer algemene zin vind ik dat de beroepseer en de professionaliteit van zorgverleners meer aandacht verdienen. Zij zijn immers degenen die het echte werk doen. Meer in het bijzonder bij medisch ethische thema's moeten we kunnen vertrouwen op de professionele en zorgvuldige afweging van artsen. Dat wil zeggen dat zij niet alleen moeten beschikken over de medische kennis. Ze moeten ook over psychosociale kennis beschikken om zich te kunnen verplaatsen in de patiënt en om te kunnen toetsen of mensen een weloverwegen besluit nemen. En waar nodig moeten ze contact kunnen onderhouden met familieleden en naasten. Dat vergt veel van de arts, en het is dan ook van het grootste belang dat daaraan in de opleiding uitgebreid aandacht wordt besteed.

Maar het vraagt tevens van de samenleving - en de politiek in het bijzonder - die professionaliteit te erkennen en dus niet bij elk incident of onwelkom gevolg de arts de schuld te geven. Wij moeten vertrouwen op hun professionaliteit.

Wat betekenen deze waarde-uitgangspunten in het licht van het coalitieakkoord? Ik zal dat aangeven aan de hand van drie thema's, respectievelijk verzoek om levensbeëindiging, abortus en het speciaal tot stand brengen van embryo's voor onderzoek.

Laten we voorop stellen dat over **euthanasie** al zó'n dertig jaar een maatschappelijk debat loopt. En we kunnen ook vaststellen dat het draagvlak voor de bestaande wetgeving in ons land groot is.

Voor de Wet voor het beëindigen van leven op verzoek, zijn autonomie en keuzevrijheid belangrijke waarden.

Het is de patiënt en de patiënt alleen die kan verzoeken tot levensbeëindiging.

Daarbij zal in de meeste gevallen de patiënt dit goed met naasten of familie hebben

► besproken. Maar dat laat onverlet dat de patiënt zélf het verzoek moet doen, weloverwogen en zonder druk van derden.

De professionaliteit van de arts speelt een grote rol, omdat de (huis)arts zich moet vergewissen van de vraag of er inderdaad sprake is van een vrijwillig en weloverwogen verzoek én van ondraaglijk en uitzichtloos lijden. Hij moet bovendien een onafhankelijke arts inschakelen, die ditzelfde moet nagaan.

Toetsing vindt achteraf plaats, door een van de vijf regionale toetsingscommissies. Er is overigens wettelijk vastgelegd dat artsen kunnen weigeren mee te werken aan euthanasie.

Laat ik duidelijk zijn: het kabinet handhaaft de huidige wetgeving en praktijk.

Dat staat ook met zoveel woorden in het coalitieakkoord: er zal *'in deze kabinetsperiode met betrekking tot levensbeëindiging om verzoek niet worden overgegaan tot wijziging van regelgeving'*.

Daar wordt vervolgens aan toegevoegd *'... of het toestaan van experimenten'* en tussen haakjes: *'(bijvoorbeeld de pil van Drion)'*.

Los van inhoudelijke voorkeuren, is het niet wenselijk om vooruit te lopen op een discussie – zoals over de pil van Drion - die maatschappelijk nog weinig is uitgekristalliseerd. In het kader van zorgvuldigheid ligt het voor de hand dat discussies over levensbeëindiging maatschappelijk uitgebreid gevoerd worden. Als er dan een breed draagvlak voor wijzigingen ontstaat door jurisprudentie, theorievorming en door een brede acceptatie in de bevolking, dan is pas daarna de overheid aan zet.

Het coalitieakkoord vermeldt verder dat er geïnvesteerd zal worden in verbetering van palliatieve zorg, zowel in de opleiding als in de zorgverlening in verpleeghuizen, hospices en thuis.

Ik ben erg blij met die zinsnede.

Het is van het grootste belang dat we in de laatste levensfase, waarin leven overgaat in sterven, mensen omringen met aandacht, nabijheid en goede zorg. In die fase gaat het niet langer om genezen, maar staat kwaliteit van leven - en afscheid nemen - centraal.

Daarin kan het ook van groot belang zijn familie en mantelzorgers te ondersteunen.

De verbetering van palliatieve zorg is een waarde in zich. Anders dan door de oppositie wel eens werd gesuggereerd is palliatieve zorg géén alternatief voor euthanasie. Als de patiënt het uitdrukkelijk wenst, kan euthanasie het waardige sluitstuk zijn van een ziekteproces waarin alle mogelijke vormen van – palliatieve - zorg zijn uitgevoerd.

Gebrekkige zorg in de laatste levensfase mag nooit een argument zijn om voor euthanasie te kiezen. Andersom mag het bestaan van palliatieve zorg geen reden zijn een verzoek tot levensbeëindiging te weigeren.

De enige die de keus kan maken is de individuele patiënt, en daarmee zijn we weer terug bij de waarden van autonomie en keuzevrijheid. Niemand mag een keuze

opgedrongen krijgen. Iedereen heeft recht op een zorgvuldig afscheid van het leven, binnen de genoemde context, welke keus hij of zij ook maakt.

Het tweede thema dat ik wil bespreken is abortus.

Dankzij zorgvuldige wetgeving, verantwoordelijke artsen en goede seksuele voorlichting heeft Nederland nog altijd een van de laagste abortuscijfers van de wereld. Dat is iets om blij mee te zijn en een uitdaging om dat zo te houden en zo mogelijk, nog verder terug te brengen. Immers, een ongewenste zwangerschap is nooit prettig en zal bijna altijd gepaard gaan met zeer moeilijk te beantwoorden vragen.

Ik zal dan ook blijven staan voor een goede abortuspraktijk, omgeven met eisen van zorgvuldigheid. En met mij het kabinet.

De suggestie, die door onder andere Rutte, Pechtold en Halsema is gewekt, dat dit kabinet een paternalistisch beleid wil voeren met betrekking tot abortus, wil ik direct ontzenuwen. De overheid gaat zich niet bemoeien met de keuze die een vrouw maakt in deze zeer persoonlijke en vaak lastige situatie. De vrouw neemt het besluit in overleg met de arts en dat zal zo blijven.

Noch de Christen Unie, noch de minister president noch ik of welke politicus dan ook zal in de behandelkamer komen.

Dit is mijn uitgangspunt, het uitgangspunt van de wet, en zo staat het ook in het coalitieakkoord. Zo is het ook steeds bedoeld in onze bestaande wetgeving, zoals in de Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Maar dat betekent niet dat we het beleid ten aanzien van ongewenste zwangerschappen niet verder kunnen verbeteren.

Goed beleid ten aanzien van ongewenste zwangerschap begint bij gerichte seksuele voorlichting en preventie. Ik ben daarom ook blij dat er aandacht is in het coalitieakkoord voor de verantwoordelijkheid van ouders én scholen om seksuele voorlichting te geven. Bijzonder aandacht zal uitgaan naar voorlichting onder zowel allochtone vrouwen en meisjes als onder allochtone mannen en jongens.

Vooraf onder bepaalde groepen allochtone vrouwen is het aantal abortussen groot, ook herhaalde abortussen.

Zo is bekend dat bijna de helft van de Surinaamse en Antilliaanse vrouwen die een abortus ondergaan, al een eerdere abortuservaring heeft gehad.

De keuze aan de vrouw laten, betekent echter niet dat we een ongewenst zwangere vrouw met een vraag om hulp aan haar lot overlaten. In dat kader mag ook de zinsnede uit het coalitieakkoord gezien worden, waarin staat dat *'het kabinet zal komen met een samenhangend pakket van positieve maatregelen, gericht op het bieden van alternatieven voor afbreking van zwangerschap'*. Daarbij wordt aangegeven dat gedacht kan worden aan adoptie, hulpverlening en begeleiding en opvang van tienermoeders. Ook in dit verband is het van belang vast te stellen dat adoptie niet wordt gezien als **het** alternatief voor abortus, maar als **een** mogelijkheid die bij ongewenste zwangerschap kan worden afgewogen. Of,



▶ zoals de Vereniging ter Bescherming van het Ongeboren Kind het noemt: afstand doen van het kind is de derde weg, naast abortus en het toch houden van het kind.

Een vrouw, die ongewenst zwanger is, moet beslissen over toekomstig leven. Het is van het grootste belang dat zij haar besluit zorgvuldig en met de grootst mogelijke overtuiging kan nemen; zij moet een besluit nemen waar ze de rest van haar leven mee kan leven.

De meeste vrouwen (zo'n 85 %) weten heel goed wat ze willen als ze ongewenst zwanger zijn, en hebben daarover al goed nagedacht voordat ze zich melden bij een abortusarts.

Uit de evaluatie afbreking zwangerschap blijkt dat in gevallen waarin vrouwen geheel overtuigd zijn van hun besluit, het niet erg zinvol is uitgebreid in te gaan op mogelijke alternatieven voor abortus. Sterker nog, dat kan zelfs nadelig zijn en psychosociale problemen veroorzaken. Maar in gevallen waarin een vrouw of meisje twijfelt, of de indruk kan ontstaan dat haar besluit sterk door anderen is beïnvloed, kan het van groot belang zijn uitgebreid diverse alternatieven te bespreken en zonodig een psycholoog of maatschappelijk werker in te schakelen.

Zo is bekend dat vrouwen die niet compleet achter hun besluit stonden een grotere kans hebben om later nog zorg nodig te hebben.

Ook hier geldt; het meisje of de vrouw moet een besluit nemen waar zij mee kan leven.

Als de indruk zou ontstaan dat een meisje de zwangerschap wil uitdragen, maar onder druk van ouders zo snel mogelijk abortus moet ondergaan om de schande van de familie zoveel mogelijk te beperken, dan zal het noodzakelijk kunnen zijn extra deskundigen in te schakelen. Omgekeerd kan het ook zo zijn dat een meisje zeker is van haar besluit dat ze abortus wil, maar dat haar familie de voorkeur geeft aan het houden van het kind of adoptie. Ook in dat geval zal extra hulp nodig kunnen zijn.

Net als bij euthanasie, wordt ook bij abortus grote waarde gehecht aan de professionaliteit van de arts.

Want hij of zij is verantwoordelijk om de juiste voorlichting en hulp te bieden in individuele situaties, en na te gaan of de vrouw overtuigd is van haar besluit. We moeten de arts de ruimte laten om invulling te geven aan deze verantwoordelijkheid. Het dit vertrouwen te geven is ook van groot belang om tot individueel maatwerk te kunnen komen.

Waar nodig wil ik de professional ondersteunen om deze taak zo goed mogelijk uit te oefenen.

Het mag duidelijk zijn dat de coalitiepartijen verschillend gewicht toekennen aan de beschermwaardigheid van het ongeboren leven en de autonomie van de vrouw, maar zij kunnen elkaar heel goed vinden in het belang van een zorgvuldige

► besluitvorming.

En in de verbetering van de kwaliteit van de besluitvorming die mogelijk is, zoals ook uit de evaluatie van de Wet Afbreking Zwangerschap blijkt.

In dit licht moet u ook het onderzoek zien dat ik wil laten verrichten naar de psychosociale gevolgen van abortus en de aard van de noodsituatie. Het gaat hier - ik zeg het nog maar eens - om vervolgonderzoek, en niet om nieuw onderzoek met het vooropgezette doel het beleid te wijzigen. De uitkomsten van dat onderzoek kunnen dus niet nu al vaststaan.

Dat zeg ik tegen de liberale oppositiepartijen en abortushulpverleners, zoals mevrouw Hazeveld, die uitgesproken hebben bang te zijn dat nu geturfd zal worden hoe vaak vrouwen besluiten tot abortus vanwege vakantiebelemmeringen. En dat zeg ik tegen christelijke artsen die uitgesproken hebben al bij voorbaat te weten dat de psychosociale gevolgen voor het niet geboren kind enorm groot zullen zijn, zoals ook W.J. van Eijk, bisschop van Groningen en Leeuwarden in de Volkskrant van afgelopen 1 maart 2007 liet weten.

Hoe dat onderzoek er uit zal zien, weet ik nog niet, maar wat mij betreft moet dit onderzoek informatie opleveren die gebruikt kan worden om de hulpverlening bij de besluitvorming te verbeteren. Bovendien zullen de psychosociale gevolgen van abortus, maar ook de gevolgen van het houden van het kind en van adoptie worden meegenomen in het onderzoek.

Onder de Wet Afbreking Zwangerschap valt sinds kort ook de Overtijdbehandeling. Daar is veel over te doen.

Eerder heb ik gezegd dat ik geen extra belemmeringen wil inbouwen. Dit komt overeen met het coalitieakkoord: Een overtijdbehandeling is wel een zwangerschapsafbreking in de zin van de wet, maar de verplichte beraadtermijn van vijf dagen gaat hier niet voor gelden. Voor de overtijdbehandeling komt een flexibele bedenktijd.

Het onder de wet brengen van de overtijdbehandeling volgt uit het advies dat volgde op de evaluatie afbreking zwangerschap.

Door het gebruik van echoscopie en gevoelige zwangerschapstests weten we tegenwoordig dat er bij een overtijdbehandeling sprake is van een zwangerschap. Die techniek was toen de wet werd opgesteld, niet vervolmaakt. Dan dien je die ook als zodanig te benoemen. Vandaar dat de Overtijdbehandeling nu wel onder de wet komt.

De evaluatiecommissie heeft aangegeven dat vanwege de consequenties voor de praktijk de beraadtermijn bij het onder de wet brengen van de overtijdbehandeling moet worden betrokken.

Het kabinet Balkenende II had de Kamer vorig jaar al laten weten de overtijdbehandeling wél onder de wet te willen brengen, maar het advies over de bedenktijd niet op te volgen, door voor de overtijdbehandeling ook de wettelijke

► termijn van 5 dagen vast te stellen. Ten opzichte van het standpunt van het CDA-VVD-D66 kabinet sluit de afspraak die CDA, PvdA en CU in het coalitieakkoord hebben gemaakt meer aan bij het advies van de evaluatiecommissie. Dit doordat de bedenktijd voor de overtijdbehandeling flexibel wordt.

Overigens is het goed er nog eens op te wijzen dat de beraadtermijn bij een overtijdbehandeling nu in de praktijk in meer dan de helft van de gevallen langer is dan 5 dagen.

Tot slot wil ik ingaan op het kabinetsstandpunt ten aanzien van de Embryowet.

De Embryowet gaat over een onderwerp dat een hoge morele component kent. Nieuwe ontwikkelingen op dit terrein zijn heel divers van aard en roepen vaak heftige discussies op.

Een spraakmakende ontwikkeling betreft het stamcelonderzoek.

Wereldwijd wordt onderzoek gedaan gericht op maken van menselijke embryonale stamcellen. Vooral de kloontechniek waarmee het schaap Dolly tot stand is gebracht, spreekt zeer tot de verbeelding. Daarmee zou het immers mogelijk worden embryonale stamcellen te kweken die genetisch identiek zijn aan een patiënt. Weefsel dat uit zulke stamcellen gekweekt zou worden, zou niet afgestoten worden.

De verwachtingen hiervan waren hoog. Zij zijn echter inmiddels zeer getemperd. De experimenten van de Koreaan Hwang Woo-Suk, die enkele jaren geleden wereldnieuw waren, bleken immers op fraude te berusten. Het is nog niet gelukt een menselijke kloon te maken.

In de Embryowet, die uiteindelijk in 2002 in werking trad, werd een verbod op het kweken van embryo's opgenomen. Het toenmalige kabinet concludeerde dat er onvoldoende draagvlak was in de maatschappij voor het toelaten van speciaal kweken van embryo's. Het kabinet voorzag natuurlijk ook, dat er onvoldoende steun in het parlement zou zijn. Tegelijkertijd waren de bewindslieden er in 2002 van overtuigd dat over een aantal jaren de meningen anders zouden kunnen zijn. Dat werd vooral ingegeven door de toenmalige grote verwachtingen over stamcelonderzoek met kloon-embryo's.

De wet werd daarom zo ingericht dat het verbod gemakkelijk zou kunnen worden opgeheven: binnen vijf jaar na de inwerkingtreding moet een besluit worden genomen over het tijdstip dat het verbod vervalt.

Die vijf jaar is bijna voorbij.

In het coalitieakkoord is echter afgesproken om het verbod embryo's te kweken voor onderzoek, te handhaven.

Wat betekent dit nu voor het wetenschappelijk onderzoek dat zo veelbelovende perspectieven bood? Is het nu daadwerkelijk zo dat het onderzoek naar ziekten als Alzheimer en Parkinson buitengewoon veel nut kan hebben van uitbreiding van het stamcelonderzoek, zoals de heren Rutte en Pechtold beweren? Is het speciaal tot stand brengen van embryo's voor stamcelonderzoek noodzakelijk?



► Op dit moment zijn de onderzoekers in Nederland, onder meer in het Hubrecht laboratorium, vooral geïnteresseerd in onderzoek gericht op het kweken van zuivere weefsels uit embryonale stamcellen.

Bij dit onderzoek worden embryo's gebruikt die van ivf-behandelingen zijn overgebleven. Dit is in Nederland al toegestaan. Stamceldeskundigen hebben inmiddels ook aangegeven dat ze het noodzakelijke onderzoek vooralsnog met overgebleven embryo's kunnen uitvoeren. Dit onderzoek kan de komende jaren dus gewoon doorgaan.

Voorts is het zo dat de verwachtingen omtrent stamcelonderzoek waarvoor een kloon-embryo nodig is, hevig getemperd zijn, nu klonen nog niet mogelijk blijkt te zijn. Stamceldeskundigen zijn bovendien sceptisch of dit in de toekomst gaat lukken.

Daarnaast is in het coalitieakkoord aangegeven dat onderzoek met volwassen stamcellen wordt gestimuleerd. Wanneer dergelijk onderzoek over een aantal jaren daadwerkelijk leidt tot bruikbare klinische toepassingen, dan zal het, eventueel ten dienste kunnen zijn aan diabetespatiënten of patiënten met een ernstig hartfalen of dystrofe aandoeningen van de spieren.

Ik zeg er uitdrukkelijk bij dat ik op dit vlak geen voorspellingen wil doen. Of er therapeutische mogelijkheden komen op dit gebied is afhankelijk van de ontwikkelingen van de wetenschap.

Alles afwegende is in het coalitieakkoord de conclusie getrokken dat er vooralsnog geen reden is om het verbod op speciaal kweken van embryo's voor onderzoek te laten vervallen.

Dat neemt niet weg dat de discussie over onderzoek met stamcellen verder moet gaan. Want ook bij dit onderwerp gaat het om vragen die de essentie van ons bestaan raken. Hoe meer mensen daarover nadenken, hoe beter het is.

Ik vind het daarom goed dat het Rathenau Instituut een project start – *Dilemma's rond embryo-gebruik* genoemd – dat mede tot doel heeft de discussie te voeden, en dat ook de Vrouwenraad initiatieven op dit terrein heeft ontplooid.

Dames en heren, ik ga afronden en kom tot mijn conclusies.

Ik heb u hopelijk kunnen duidelijk maken dat het huidige kabinet op medisch ethisch terrein de klok niet wil terugdraaien, maar de praktijk wél wil verbeteren.

De bestaande praktijk ten aanzien van abortus en verzoek om levensbeëindiging zal blijven bestaan.

Wél wil ik in deze regeerperiode ervoor zorgen dat mensen die voor een dergelijke keuze komen te staan, zo goed mogelijk in staat zijn om zelfstandig een beslissing te nemen.

Dat neemt niet weg dat principiële verschillen bestaan in visie tussen de coalitiepartijen over de waarden die ten grondslag liggen aan medisch ethische vraagstukken.



► In dat verband kom ik nog eens terug op het verschil tussen verdelingsconflicten en waardenconflicten, waar ik het aan het begin al over had.

Het is duidelijk dat bij abortus, euthanasie en de embryowet sprake is van waardenconflicten die te vinden zijn binnen de samenleving, en ook binnen het huidige kabinet.

Bij waardenconflicten die zo diep liggen en waar nauwelijks of geen ruimte is voor compromissen, ligt het niet voor de hand dat de overheid een leidende rol neemt. Ik wil niet zo ver gaan als Amitai Etzioni, die aangeeft dat de overheid pas tot wetgeving over zou mogen gaan als er gehele maatschappelijke consensus bestaat over medisch ethische thema's. Dan zal er immers altijd wel een partij zijn die elke vorm van besluitvorming zal tegenhouden, waardoor een eeuwig durende stilstand zal ontstaan.

Maar ik vind wel dat bij dergelijke waardenconflicten de overheid een volgende en niet een leidende rol moet spelen. Het is goed als er over dergelijke principiële kwesties eerst breed gedebatteerd wordt door burgers, professionals, maatschappelijke organisaties en er jurisprudentie plaatsvindt.

Dan is de overheid aan zet om een en ander te codificeren. Zo is het gegaan met abortus en euthanasie, en zo zal het wat mij betreft ook gaan bij de embryowet.

Om te komen tot een zekere oplossing van waardenconflicten, voldoet het niet de principiële verschillen te blijven benadrukken.

Het is – zoals ik eerder zei in navolging van Schuyt - productiever na te gaan hoe we waardenconflicten kunnen vertalen in verdelingsconflicten.

We zouden kunnen concluderen dat de kabinetsvoornemens daar uitdrukking aangeven; er is vorm gegeven aan nieuwe verdelingsvraagstukken om principiële meningsverschillen te overstijgen. Zo zie ik althans de beleidsvoorstellen die in het coalitieakkoord zijn opgenomen over verbetering en financiële versterking van palliatieve zorg; over het belang van seksuele voorlichting en het weer onder het basispakket brengen van de pil.

En zo zie ik het handhaven van het verbod op het speciaal tot stand brengen van embryo's voor wetenschappelijk onderzoek en andere doeleinden dan zwangerschap, terwijl gelijktijdige het ontwikkelen van perspectiefrijk onderzoek met gebruikmaking van adulte stamcellen wordt gestimuleerd.

Dat is een constructieve en productieve wijze om waardenconflicten te erkennen, en toch naar gezamenlijke oplossingen te zoeken. Het voordeel daarvan is bovendien dat men lastige – deels nieuwe - vragen die ontstaan als gevolg van technologische en maatschappelijke ontwikkelingen, niet uit de weg gaat, maar hierover een open debat met de samenleving wil aangaan.

Ik hoop dat ik daaraan met deze lezing vandaag een bijdrage heb geleverd.