

Paarse ethiek

Vroeger veronderstelden wij altijd dat er tenminste één belangrijk verschil was tussen kabinetten met en zonder het CDA. Kabinetten zonder het CDA zouden zich anders opstellen inzake 'ethische vraagstukken'. Met het CDA in het kabinet was het waarschijnlijk niet gelukt het homohuwelijk en adoptie door homo's te legaliseren. De afschaffing van de zondagsrust en de legalisering van euthanasie zijn te danken aan Paars. De verheffing van bordeexploitatie tot fatsoenlijke broodwinning is een veel dubieuzere zegening waar het kabinet Kok II ons mee meende te moeten verblijden. Debatten over dergelijke ethische vraagstukken worden doorgaans goed voorbereid door de orthodox-christelijke partijen. Woordvoerders van de kleine confessionele fracties werden niet moe de paarse bewindslieden te vragen naar hun fundamentele morele uitgangspunten en zij veronderstelden steevast dat de paarse bewindslieden zich zouden bekennen tot een ethiek van liberale zelfbeschikking: Iedereen moet in principe doen wat hij wil tenzij hij anderen daarmee werkelijke schade berokkent. Als jij wilt trouwen met iemand van hetzelfde geslacht heeft de samenleving daar niets tegenin te brengen, als jij op zondag wilt funshoppen moet je vooral je gang gaan, en als jij een carrière ambieert in het rosse leven is dat jouw zaak zolang je geen minderjarige vrouwen uitbuit of importeert.

Ofschoon zelfbeschikking zeker een belangrijk moreel uitgangspunt van Paars is geweest, was dit voor Paars niet het enige *Leitmotiv* in ethische aangelegenheden. Zeker niet als het ging om medisch-ethische kwesties. In het debat over de euthanasiewet werd door het kabinet benadrukt dat een weloverwogen verzoek niet voldoende was om stervenshulp te verlenen. De arts moest beoordelen of de patiënt in kwestie 'ondraaglijk en uitzichtloos leed' en pas als hij en een collega-arts daarvan overtuigd waren kon straffeloos euthanasie worden gepleegd. Voor invoering van een pil van Drion (die beter zou passen bij een zuivere zelfbeschikkingsethiek) was geen parlementaire meerderheid te vinden. De normering van medisch-ethische kwesties is voor, tijdens en na Paars voor een groot deel medisch-professioneel van aard geweest: euthanasie mag alleen als artsen vinden dat daar een 'medische indicatie' voor is, *in vitro*-fertilisatie mag alleen als artsen denken dat dat een mogelijke oplossing is voor geconstateerde onvruchtbaarheid, en een genetisch onderzoek krijg je niet zomaar, daar moet een medische aanleiding voor zijn.

Over het algemeen ben ik niet ongelukkig met die medisch-professionele normering. Volgens mij hebben veel Nederlanders met mij het gevoel dat er inzake medisch-ethische kwesties ook wel 'ergens grenzen moeten zijn', al was het maar omdat een systeem van collectieve financiering anders onbetaalbaar wordt en wij aan die collectieve financiering (rechtsgelijkheid in de zorg) zeer gehecht zijn. Die medisch-professionele normering heeft echter ook nadelen en daarmee werden wij onlangs geconfronteerd toen de Werkgroep Prenatale Diagnostiek van de beroepsvereniging voor gynaecologen de noodklok luidde over de huidige praktijk van prenatale screening. In menig beschaafd buitenland is het gebruikelijk dat zwangere vrouwen ergens in de zwangerschap een bloedtest mogen ondergaan, waarmee kan worden vastgesteld of zij een verhoogde kans lopen op een kind met het syndroom van Down of een open ruggetje. Bij een gebleken verhoogd risico kan de zwangere kiezen voor uitgebreide echografie en/of een vruchtwaterpunctie, waarmee definitief kan worden vastgesteld of de foetus een van die handicaps heeft. De vrouw en haar partner kunnen dan desgewenst kiezen voor een abortus.

Over de wenselijkheid van zo'n triple test bestaat onder Nederlandse dokters echter geen consensus. De Gezondheidsraad adviseerde om zwangere vrouwen standaard de triple test aan te bieden. Het Nederlands Huisartsengenootschap liet zich echter kritisch uit over de test. Enkele gynaecologen schreven in het artsensblad *Medisch Contact* dat zij zwangere vrouwen niet konden en wilden opzadelen met een test die geen absolute zekerheid bood (wat moet een

vrouw als zij te horen krijgt dat haar foetus 'hoogstwaarschijnlijk' geen Down's syndroom heeft? Kunnen patiënten dergelijke informatie wel aan?). Zij vreesden bovendien dat de invoering van een test zou leiden tot verdere medicalisering van de zwangerschap. De hoofdredacteur van *Medisch Contact* viel hen bij in zijn commentaar.

De gevolgen van deze verdeeldheid in medische kring zijn niet mis. Bij medisch-professionele verdeeldheid durven politici kennelijk niet te reguleren. Dat geldt waarschijnlijk voor post-Paarse bewindslieden, maar het gold zeker voor ex-minister Borst, die als D66-minister toch sympathie zou hebben moeten koesteren voor de gedachte dat je met een test de keuzevrijheid van zwangere vrouwen en hun partners vergroot. Het gevolg is dat de triple-test in Nederland wel bestaat (een groot deel van de artsen en verloskundigen kan er best mee leven en veel zwangere vrouwen hebben er behoefte aan), maar dat het betrekkelijk willekeurig is of je hem krijgt. Dat hangt af van je dokter of verloskundige, van je eigen assertiviteit en opleiding, van de regio waar je woont en van het beleid van je verzekeraar. De kans dat je er onvoldoende voorlichting bij krijgt is vrij groot, terwijl goede voorlichting volgens voor- en tegenstanders van de triple test cruciaal is.

Medisch-professionele normering van ethische kwesties lukt alleen als de beroepsgroep in staat is consensus te bereiken. Als dat niet lukt zit er dan niets anders op dan dat de politiek haar verantwoordelijkheid neemt en zelf de normering ter hand neemt, tegen de zin van een deel van de beroepsgroep. Doormodderen op deze wijze is onverantwoord.