

Tijdschrift voor Geneeskunde

TWEEWEEKLIJKS TIJDSCHRIFT - GESTICHT DOOR DE NEDERLANDSTALIGE MEDISCHE FACULTEITEN IN BELGIË EN HUN ALUMNI-VERENIGING

De abortussage: enkele pertinente vragen

Dr. Luc Kiebooms, Gewezen lid evaluatiecommissie

Over goede zorg en grenzen

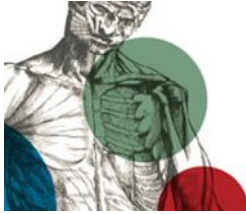
Dr. Carine Vrancken, LUNA vzw Hasselt

De voorwaardelijke zwangerschap?

Prof. Em. Dr. Bernard Spitz, Verloskunde-Gynaecologie KULeuven

Naar een warme wet

Silke Brants, Persverantwoordelijke Fara



Tijdschrift voor Geneeskunde

TWEEWEEKELIJKS TIJDSCHRIFT - GESTICHT DOOR DE NEDERLANDSTALIGE MEDISCHE FACULTEITEN IN BELGIË EN HUN ALUMNI-VERENIGING

De abortussage: enkele pertinente vragen

Dr. Luc Kiebooms

Gewezen lid evaluatiecommissie

kiebooms@scarlet.be

Abortus voorkomen

In 1990 werd de abortuswet gestemd om vrouwen die voor abortus kiezen na verkrachting of incest niet te stigmatiseren. Uit de rapportage de voorbije decennia, blijkt dat dit slechts 4% van de gevallen betreft. Er werd destijds gesteld dat een goede begeleiding 90% van de abortussen zou voorkomen (senaatsverslag 7 juli 1989). Vandaag krijgt 95% van wie zich in een abortuscentrum meldt ook een abortus. Van de arts wordt verwacht dat hij in zijn colloque singulier de volgehouden vrije wil van de vrouw toetst. In de evaluatiecommissie werd dat als essentieel element aanzien, waarbij aanzetten tot, noch afkeuren van, een rol mocht spelen. De centra worden ruim door het RIZIV vergoed (equivalent van 2 uur counseling van een kinder- en jeugdpsychiater) om non-judgement counseling te geven.

Patiëntenrechtenwet

In tegenstelling tot wat Joke Vandamme in haar masterproef (2011) stelt, moet men niet pogen het schuldgevoel bij vrouwen weg te nemen. Juist dit is een signaal dat zeker niet tot abortus mag worden overgegaan. Deze noodkreet vraagt een ernstig alternatief als oplossing voor het sociaal-economisch of relationeel probleem. Schuldgevoel wegnemen betekent uit de non-judgement counseling stappen. De hulpverlener verlaat het fundament van de patiëntenrechtenwet. De patiënt heeft het recht de nevenwerkingen en risico's en de mogelijke alternatieven te kennen (Art 8 § 2). Verdienen vrouwen niet

meer respect en échte hulp, die hen werkelijk verder helpt in hun leven en waar ze (veel) later geen spijt van krijgen?

Wake-up call

Dagelijks cumulatief aantallen vernoemen tijdens de coronacrisis werd een wake-up call, zelfs paniek. Waarom niet met abortus? De aantallen zijn van dezelfde grootteorde. Het gaat om kerngezonde kinderen ('enfant à naitre'). In 1987 verwittigde Minister Dehaene voor een economisch probleem. Jaarlijks waren 20 000 geboortes te weinig om onze sociale zekerheid in stand te houden, toevallig het jaarlijks aantal abortussen, intussen al 600 000. Dit verklaart deels het tekort van 200 000 opgeleide werkrachten.

Gedeelde verantwoordelijkheid en emancipatie

Vanaf de jaren '60 werd de gynaecologie overstelpt met de boodschap dat anticonceptie abortus zou kunnen voorkomen. Kinderen krijgen werd plots een uitsluitend medisch probleem. In plaats van gezamenlijke verantwoordelijkheid werd het een zaak van de vrouw en haar pil. Nochtans stoppen veel vrouwen die pil, omdat ze die niet wensen om milieu- of gezondheidsredenen, niet verdragen... (de bijwerkingen zijn genoegzaam bekend al worden ze veelal geminimaliseerd, zie ook literatuurstudie consensusvergadering RIZIV 16 mei 2013). De dialoog tussen de partners is stilgevallen, maar ook met de arts, die vaak neveneffecten ontkent.

Is de emancipatie van jonge meisjes bij de eerste consultatie gediend met pil of spiraal (met verhoogd risico van cervixcarcinoom, soa's)? Naast de gebrekkige preventie die het biedt (Amy BMJ 2007, 8%), is het een uitnodiging aan jonge partners tot vroegtijdige seks. De verwekker vertrouwt erop dat de vrouw haar pil wel neemt. Intussen blijkt dat de helft van de vrouwen die aborteren niets gebruikten, de andere helft echter wél.

Met de huidige abortuswet gaat de man helemaal vrijuit, terwijl hij minstens verantwoordelijk moet worden gesteld voor financiële aspecten van de kinderen die hij verwekt heeft.

Ik deel de mening van een lid van de commissie die stelt dat natuurlijke gezinsplanning (Sensiplan) moet worden terugbetaald, omdat deze methode (zonder bijwerkingen) zich net baseert op de grondige kennis en ervaring van de vruchtbaarheid én op gedeelde verantwoordelijkheid.

Sociaal probleem

In meer dan 90% van de gevallen liggen sociale problemen aan de basis van de abortuskeuze. Zo is er een oververtegenwoordiging van abortus op het 2^e kind. Moet men niet eerder naar sociale antwoorden

zoeken? Kan de post-coronatijd met toenemend telewerk en minder stress, de gezinnen opnieuw draagkracht geven om een zwangerschap tot een goed einde te brengen? Moet de overheid hier niet meer in investeren?

Medisch probleem

Dit wetsvoorstel legt een ondraaglijke druk op de geneeskunde, zorgverleners die verplicht worden om tegen de eed van Hipokrates en hun persoonlijk advies in – nl. dat dit geen therapie is en helemaal niet aangewezen als oplossing voor de noodsituatie – door te verwijzen, laat staan zelf een abortus uit te voeren. Op dit ogenblik is de situatie schizofreen: zwangerschap en abortus worden gemedicaliseerd, maar tegelijk moet de arts de eis van de vrouw uitvoeren. De vrijheid van diagnose en therapie wordt volledig met de voeten getreden, zelfs omgebogen in naam van een zgn. 'zelfbeschikking' van de vrouw tot een verplichting om daden te stellen die in tegenspraak zijn met alle ethische beginselen van het beroep.

Overigens werd in 2013 naar aanleiding van een onderzoek in mensenhandel, een arts in cassatie veroordeeld omdat een mogelijk slachtoffer tegen haar wil onder druk van haar pooier een zwangerschapsafbreking had ondergaan.

Mocht abortus een medische act zijn (quod non) dan geldt de patiëntenrechtenwet. Objectieve informatie over wat abortus is, de echo van het kind aan de vrouw tonen, 2 uur counseling moet dan leiden tot een duidelijk voorstel van een alternatief dat aan de nood van de vrouw tegemoet komt. De arts moet de beste therapie voor de patiënt aanbieden, punt.

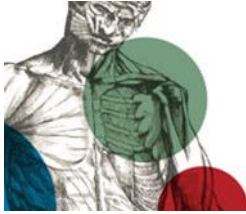
Als abortus – terecht – geen medische act is, moeten artsen erbuiten worden gehouden. Men kan eventueel een nieuwe beroepsgroep oprichten, zoals na de invoering van informatica het beroep 'informaticus'.

Late abortus

Late abortussen maken ook geslachtselectie mogelijk. Sociale indicatie is moeilijk verdedigbaar.

Een late abortus met het doden van het kind in de moederschoot, is uiterst traumatisch, voor de moeder, maar ook voor wie de abortus moet uitvoeren of bijstaan. In 1995 ging het om 2247 abortussen in Nederland, in 2018 nog maar 444 (België én Luxemburg). Waren het allemaal late abortussen? In België zijn late abortussen enkel op medische indicatie. In Nederland zijn er 10% late abortussen. De 444 Belgisch/Luxemburgs vrouwen betekent 1,4% van het totaal. Late abortussen legaliseren betekent dus

een toename met een factor 7! Een strikte controle op de zwangerschapsduur met een echografie van elke abortus, is dus noodzakelijk. Moeten we daarvoor een wetswijziging doorvoeren?



Tijdschrift voor Geneeskunde

TWEEWEEKLIJKS TIJDSCHRIFT - GESTICHT DOOR DE NEDERLANDSTALIGE MEDISCHE FACULTEITEN IN BELGIË EN HUN ALUMNI-VERENIGING

Over goede zorg en grenzen

Carine Vrancken

LUNA vzw Hasselt
Gouverneur Roppesingel 81
3500 Hasselt
011/232991
www.abortus.be
cvrانcken@yahoo.com



unie van nederlandstalige abortuscentra

De grens over.

België kreeg in april 1990 een wet die de toegang tot abortushulpverlening mogelijk maakte. Sindsdien moeten ongewild zwangere vrouwen niet langer *de grens over* voor een zwangerschapsafbreking. Dertig jaar later zijn er nog weinig stemmen die het wettelijk kader van 1990 in vraag stellen. *De grens over moeten* voor een abortus is ook nu nog realiteit voor vrouwen die een abortus nodig hebben voorbij de huidige wettelijke grens van twaalf weken. Tientallen jaren werd over deze kleine groep in alle talen gezwegen. De legendarische abortusstrijd en de stemming van de abortuswet van 1990 die de politieke wereld op zijn grondvesten deed beven, is ongetwijfeld een belangrijke reden waarom het thema zolang uit het politieke debat verdween. In 2016 begon het tij te keren, wetsvoorstellen werden ingediend, er werden hoorzittingen georganiseerd én er kwam een wetswijziging in oktober 2018 die abortus weliswaar uit de strafwet haalde, maar de contouren van de abortuswet amper veranderde. De moeizame regeringsonderhandelingen sinds de verkiezingen van mei 2019 hadden een onverwacht effect. Politieke partijen konden zonder het keurslijf van een regeerakkoord parlementair werk doen, wat resulteerde in een nieuw gezamenlijk wetsvoorstel over abortus waarin de minimaal verplichte wachttijd verminderd wordt tot 2 dagen en de wettelijke termijn voor een zwangerschapsafbreking op vraag van de vrouw verlengd wordt tot 18 weken.

Moet een verplichte wachttijd ingeschreven zijn in een wet?

In de abortuswet is een verplichte wachttijd gestipuleerd van zes dagen tussen de eerste consultatie en de zwangerschapsafbreking. Sinds de wet van oktober 2018 kan, bij een dringend medische reden, de wachttijd ingekort worden. Een verplichte

wachttijd verankeren in de wet vertrekt van de idee dat het nemen van belangrijke beslissingen niet overhaast mag gebeuren. Dat spreekt voor zich. De vraag hoeveel tijd iemand nodig heeft om tot een goede beslissing te komen of wanneer een beslissingsproces begint en afgerond is, is echter niet eenduidig te beantwoorden. De tijd en ruimte die iemand nodig heeft wordt immers in belangrijke mate bepaald door een samenspel van factoren. De vraag is dan ook of een minimaal verplichte wachttijd onderdeel moet zijn van een wetgevend kader. Het beslissingsproces over een zwangerschap begint op het moment dat een vrouw beseft dat ze weleens zwanger zou kunnen zijn. Op het ogenblik van de eerste consultatie is het beslissingsproces soms nog heel pril, vaak is het in volle gang en nog vaker is het al afgerond. Een wettelijk vastgelegde minimale verplichte wachttijd draagt niet bij tot goede hulpverlening.

De termijn waarbinnen een zwangerschap kan afgebroken worden.

Alvorens dit gevoelig thema uit te diepen, eerst even stilstaan bij dé vraag: wat is het profiel van de vrouw die een abortus vraagt boven de huidige wettelijke termijn van 12 weken? M.a.w. wat zegt de wetenschap? Studies in andere Europese landen toonden reeds eerder aan dat deze groep vaker een kwetsbare sociaaleconomische status heeft. Het eerste Belgisch onderzoek vond in 2019 plaats aan de UAntwerpen door Sarah Van de Velde *et al*¹. De onderzoekers gingen – op basis van de geanonimiseerde databestanden van de LUNA-abortuscentra (2013 – 2016) - na of er ook bij ons een verschil is in profiel tussen cliënten die zich binnen of voorbij de huidige wettelijke termijn aanmelden.

De resultaten zijn in overeenstemming met eerdere Europese studies: gegeven dat iemand voorbij de huidige wettelijke termijn een abortus vraagt, dan is de kans groter dat ze jonger is, een lagere scholingsgraad heeft en een hoger risico loopt op werkloosheid. De verhoogde kans op sociale kwetsbaarheid, die we op basis van andere studies konden veronderstellen, wordt door deze studie bevestigd.

In het debat over de uitbreiding van de termijn lopen de emoties hoog op. Dat is niet zo verwonderlijk aangezien het thema onlosmakelijk verbonden is met vruchtbaarheid, voortplanting, relaties en seksualiteit. Alles wordt uit de kast gehaald. Medische handboeken worden bovengehaald en de beschrijving van een dilatatie & evacuatie methode wordt als argument gebruikt tegen een wetswijziging! De beschrijving van de behandelmethode wordt op haar beurt gebruikt om aan te tonen dat een latere zwangerschapsafbreking *ingrijpender en moeilijker te verwerken* zou zijn. Maar nooit wordt gesproken over het enige andere alternatief, namelijk het moeten uitdragen van een ongewilde zwangerschap en moeten bevallen. Hoe ingrijpend en moeilijk te verwerken zou dit zijn? Het lijkt alsof er volledig voorbij wordt gegaan aan wat het betekent om ongewild zwanger te zijn. Niet zwanger willen zijn en het toch zijn is één van de grootste nachtmerries én met de zwangerschapsduur stijgt ook de wanhoop. Het verschil tussen een gewenste en een ongewilde

¹ Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. Sarah Van de Velde, Nina Van Eekert, Kristof Van Assche and Edwin Wouters in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2019, 51(3):TK, doi:10.1363/psrh.12116

zwangerschap wordt genegeerd of geminimaliseerd. Alsof het ongewild zijn van de zwangerschap een futiliteit is die simpelweg kan omgeturnd worden in een gewenste zwangerschap. Dit fundamentele verschil negeren is onrecht doen aan iedereen die ooit ongewild zwanger was.

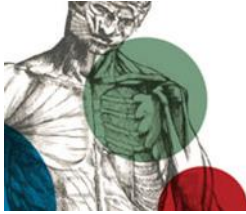
Waarom is de abortushulpverlening vragende partij voor een uitbreiding van de termijn?

Het taboe rond ongewilde zwangerschappen en het stigma dat kleeft aan zwangerschapsafbrekingen heeft een grote impact op het vrijuit kunnen spreken over het ongewild zijn van een zwangerschap. Ik besef dat er weinig plaatsen zijn waar er zo open over de emoties en de soms rauwe realiteit van een ongewilde zwangerschap kan gesproken worden als in een centrum dat gespecialiseerd is in abortushulpverlening. Het is de kern van de kwaliteit van de hulpverlening. Het is de morele plicht van de abortushulpverlening om beleidsmakers te informeren over de noden van de kleine groep die elk jaar opnieuw *de grens over moet* voor een zwangerschapsafbreking, omdat België geen wettelijk kader biedt voor deze hulp- en zorgverlening.

Tegenstanders van een uitbreiding van de wettelijke termijn stellen in vraag of die uitbreiding getuigt van goede zorgverlening. Dat goede zorg en kwalitatieve hulpverlening prioriteit moet zijn staat buiten kijf. Maar moet niet eerder de vraag gesteld worden of het van een goede zorgethiek getuigt als we de kop in het zand steken en de noden van deze vrouwen negeren door het probleem te exporteren naar onze noorderburen?

Referenties

¹ Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. Sarah Van de Velde, Nina Van Eekert, Kristof Van Assche and Edwin Wouters in *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2019, 51(3):TK, doi:10.1363/psrh.12116



Tijdschrift voor Geneeskunde

TWEEWEEKLIJKS TIJDSCHRIFT - GESTICHT DOOR DE NEDERLANDSTALIGE MEDISCHE FACULTEITEN IN BELGIË EN HUN ALUMNI-VERENIGING

De voorwaardelijke zwangerschap?

Prof Em Dr Bernard Spitz

Verloskunde-Gynaecologie KUleuven

bernard.spitz@uzleuven.be

Onze oorspronkelijke abortuswet bestaat straks (april 2020) 30 jaar en dit kan op zich een logisch moment zijn om haar eens breed te evalueren en eventuele verbeteringen voor te stellen.

Men zou hierbij dan verwachten dat de specifieke evaluatiecommissie een serieuze rol speelt, en dat dit alles ook zou gebeuren in samenspraak met niet alleen “patiënten”-verenigingen, met verenigingen van zwangere vrouwen, maar ook met de werkvloer, met de zorgvertrekkers die de realiteit van onbedoelde zwangerschappen ook in hun dramatische en schrijnende dimensies het best kennen.

Het stoort me dan ook dat er in het huidige debat, meer een blinde en dove strategisch-politieke hardnekkigheid lijkt te spelen, dan een oprechte bezorgdheid om het lot van moeder, kind, partner... te verbeteren. De huidige, over spoedige voorstellen dreigen daarentegen eerder schrijnende conflicten, onduidelijkheden en onzorgzaamheid binnen de zorg te introduceren. Denken we al maar aan de geïnformeerde toestemming en de psychologische begeleiding, de onzekerheden bij de bepaling van de zwangerschapsduur op deze termijn, de opvang en aangifte van het kind, het met de hetzelfde zorgequipe en op dezelfde plaats verzorgen van gewilde en ongewenste zwangerschappen, de gewetensvrijheid binnen een teamgebeuren... Dit alles ook in scherp contrast met de huidige tijdsgeest van vergroening, van respect voor het milieu, voor de natuur en het leven, van aandacht voor duurzaamheid, van koestering van warme solidariteit voor weerlozen; binnen een tijdsgeest van strijd tegen uitsluiting, racisme, polarisatie....

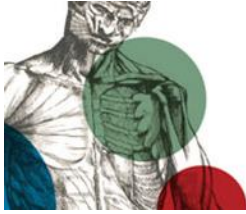
Nog vandaag hebben verreweg de meeste zwangerschapsafbrekingen, 95%, geen strikt medisch motief, maar zijn ze het gevolg van armoede in de brede zin van het woord, van relatieproblemen, van een gebrekkige opvoeding, van een onsolide (samen)levingsvoorbereiding. Over de jaren heen zien we hierin ook niet meteen een positieve kentering.

Persoonlijk had ik gehoopt, meer waarschijnlijk vooral gedroomd, dat na 30 jaren intensieve gezondheidspolitiek, dat na 30 jaren medische en maatschappelijke vooruitgang we vandaag eensgezind de noodzakelijke termijn voor een abortus op aanvraag, hadden kunnen verlagen. Ongetwijfeld waren we dan internationaal wel het voorbeeld geweest van een benijdenswaardig progressief, beschaafd land.

Het optrekken van de termijn waarbinnen een zwangerschapsafbreking kan gebeuren naar 20 weken, creëert veel herkenbare, majeure en ook niet opgeloste praktische problemen. Maar bovenal schept dit een nefaste symboolfunctie naar de samenleving toe. In het collectieve geheugen en in de maatschappelijke perceptie wordt hiermee immers ook de dubbelzinnige periode van “voorwaardelijke zwanger zijn” uitgebreid. Deze “conditionele” instelling ondermijnt echter grondig het kwalitatief zo belangrijk vroegtijdig zowel persoonlijk als professioneel engagement om er “ten volle voor te willen gaan”.

Onlangs nog werd er in de pers gediscussieerd over het ideale aantal raadplegingen dat een vrouw nodig heeft voor een kwaliteitsvolle zwangerschapsopvolging. Zelf lijkt het me veel vruchtbaarder een vrouw, bij voorkeur met haar partner, éénmaal voor de zwangerschap, dan 10-maal tijdens te begeleiden. (Idealiter wordt in de toekomst niet alleen de pre-conceptionele maar ook de pre-relatieve raadpleging een excellentiecriteria).

Hoe bedoeld of onbedoeld de zwangerschap ook moge zijn, een vroegtijdige “prise en charge” is in alle gevallen de beste garantie voor een kwaliteitsvolle zorg. Laten we, ook wat dit betreft, met deze zinloze wetsaanpassing geen ambigue signalen de wereld insturen.



Tijdschrift voor Geneeskunde

TWEEWEEKLIJKS TIJDSCHRIFT - GESTICHT DOOR DE NEDERLANDSTALIGE MEDISCHE FACULTEITEN IN BELGIË EN HUN ALUMNI-VERENIGING

Naar een warme wet

Silke Brants

Persverantwoordelijke Fara

Filosoof, klinisch seksuologe, relatie - en gezinstherapeut

Geldenaaksebaan 277, 3001 Leuven

Email: silke.brants@fara.be



Mei 2020. De verhoopde of gevreesde uitbreiding van de Belgische abortuswet bevindt zich in een politiek moratorium. Een pandemie van ongeziene proporties stak stokken in de wielen van zij die – in de afwezigheid van een regering – eindelijk een meerderheid hadden gevonden voor een grondige hervorming van de wetgeving rond vrijwillige zwangerschapsafbreking. Wat er na de coronacrisis zal gebeuren, blijft een vraagteken. Vermoedelijk zijn enerzijds de politieke middelen om de stemming te vertragen nog niet uitgeput en anderzijds wordt het blokkeren van de uitbreiding mogelijk een stuk van de inzet van de onderhandelingen rond de regeringvorming. En hoewel het politieke, ideologische spel rond abortus in België tijdelijk een halt werd toegeroepen door een klein, geniepig virus, lijkt net dit virus op verschillende plaatsen ter wereld te worden misbruikt om politieke agenda's door te drukken. Tegenstanders van abortus gebruiken het uitstel van niet-essentiële ingrepen om te proberen vrouwen de toegang tot abortus te ontzeggen (VS), of het samscholingsverbod om nieuwe wetten door te voeren waartegen niet geprotesteerd kan worden (Polen). Abortusactivisten van hun kant roepen net op om wetten te versoepelen, om medicatie vrij beschikbaar te stellen en spreken over coronapositieve vrouwen die niet in aanmerking zullen komen voor een ingreep. Een situatie die zich tot nu toe nog niet voordeed in België. Maar waar een gepolariseerde strijd heerst, dreigt net datgene uit het oog verloren te raken wat beide partijen als inzet claimen: het belang van vrouw en kind.

Laten we het wetsvoorstel dat op tafel ligt vanuit dat perspectief bekijken.

De meest in het oog springende verandering is uiteraard de uitbreiding van de termijn tot 18 weken na de bevruchting (of 20 weken zwangerschap). In 2017 gingen 472 vrouwen voor hun abortus naar Nederlandⁱ, een groot deel van hen vermoedelijk voor een late abortus. Hoewel we weinig zicht hebben op deze doelgroep, kunnen we veronderstellen dat het gaat om vrouwen met een maatschappelijke kwetsbaarheid: hetzij financieel, hetzij psychosociaal. Zij moeten vaak lange afstanden overbruggen om gepaste hulp te vinden en hebben geen recht op terugbetaling door het RIZIV. De kosten van de ingreep kunnen oplopen tot een kleine 1000 euro. De kans dat zij worden opgepikt door de Belgische hulpverlening is klein, de verhalen zijn vaak schrijnend. Kortom: we laten een groep vrouwen die onze hulp misschien wel het hardst nodig hebben, in de kou staan. We moeten durven nadenken over hoe we deze vrouwen de best mogelijke zorg kunnen geven, ook als dat een uitbreiding betekent van de termijn waarbinnen we zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen toelaten.

Tegelijk roept zo'n uitbreiding ook heel wat vragen op. Vragen waar momenteel geen antwoord op is. Bovendien blijven ze vaak onbesproken in het maatschappelijke debat dat zich verengt tot recht op zelfbeschikking versus recht op leven. Waar en op welke manier zullen deze late abortussen worden uitgevoerd? Omwille van grotere kans op complicaties, moeten deze ingrepen in de ziekenhuizen gebeuren. Deze hebben echter vooral ervaring met late zwangerschapsafbrekingen na een prenatale diagnose. Hierbij gaat het om een bevalling met ruimte voor verwerking en afscheid. Moet een late abortus om psychosociale redenen ook op deze manier gebeuren? En zo ja, hoe kunnen we vrouwen die een bevalling moeten doorstaan na een ongewenste zwangerschap ondersteunen? Of gaan we in België ook voor een instrumentele behandeling zoals in Nederland? De trekkers van het nieuwe wetsvoorstel lijken uit te gaan van één of twee gespecialiseerde centra waar deze ingrepen kunnen worden uitgevoerd, maar erg concreet is dit nog niet. Indien de wet effectief gestemd wordt, is het belangrijk dat het meteen duidelijk is waar vrouwen terecht kunnen en met welke zorg zij omkaderd zullen worden.

En wat met abortus omwille van geslacht? Bij IVF is het verboden om aan geslachtsselectie te doen, maar de NIPT² heeft de deur op een kier gezet. Met mondjesmaat bereiken vragen rond afbreking om deze reden de hulpverlening. Het lijkt erop dat de uitbreiding van de termijn tot 18 weken de deur volledig openzet. Willen we dit als maatschappij? En indien niet, hoe gaan we daar dan mee om? Hetzelfde geldt voor de afbrekingen om medische redenen. De huidige wet voorziet de mogelijkheid om tot op het moment van de bevalling de zwangerschap af te breken indien er een ernstige, ongeneeslijke aandoening wordt vastgesteld. Het nieuwe voorstel wil dit veranderen naar *een hoog risico* op een ernstige aandoening. Het optrekken van de termijn laat sowieso al toe om zwangerschappen voortaan af te breken om medische redenen die in de huidige wet 'te licht' werden bevonden. In een

² De NIPT wordt uitgevoerd rond 11 weken zwangerschap, de resultaten – waaronder het geslacht – zijn vaak een week later bekend. Hierdoor wordt een zwangerschapsafbreking binnen de 14 weken zwangerschap (of 12 weken na bevruchting) op de valreep mogelijk.

maatschappij die steeds meer lijkt te streven naar controle en perfectie, kunnen we ons ernstige vragen stellen naar de druk die deze nieuwe vrijheden zullen leggen op de zwangere vrouw en haar partner.

Zowel voor- als tegenstanders van abortus moeten erkennen dat wel of niet kinderen op de wereld zetten, proberen inschatten wat de levenskwaliteit zal zijn van een kind met een ernstige aandoening, beslissen over leven of niet-leven,... existentiële beslissingen zijn, vaak met een voor en een na. De abortus als keerpunt, mijlpaal, breuklijn,... in het leven van de persoon die je tot dan was. De uitbreiding van de termijn zal deze beslissingen nog complexer maken. Om de redenen hierboven reeds aangehaald, maar ook simpelweg omwille van de zwangerschapsduur. Op 18 weken is de zwangerschap vaak al zichtbaar voor de buitenwereld, zijn er soms al kindsbewegingen voelbaar en spelen er voor een aantal vrouwen ook sterkere morele en emotionele overwegingen. We weten dat een subgroep (internationaal onderzoek schat het aantal tussen 10 en 18%ⁱⁱ) van de vrouwen die abortus overwegen, daarbij ambivalentie ervaart. Zij twijfelen of worstelen met de beslissing. Deze vrouwen ervaren het proces om tot een autonome keuze te komen als 'een eenzame reis naar een definitieve beslissing, waarbij hun waarden worden uitgedaagd'ⁱⁱⁱ. Bovendien verhindert schaamte hen soms om de hulp in te roepen van professionals om hen hierin te ondersteunen. Is het niet onze taak als maatschappij om deze vrouwen te begeleiden in hun beslissing? Natuurlijk kunnen we de eenzaamheid - inherent aan deze worsteling - nooit volledig wegnemen, maar we kunnen wel proberen deze tot een minimum te herleiden.

En net daar knelt het spreekwoordelijke schoentje in dit nieuwe wetsvoorstel. Gelijklopend met de uitbreiding van de termijn en dus de toenemende complexiteit van de hulpvragen, wordt het zorg-ethische kader afgebouwd. Er wordt getracht om van abortus een puur medische handeling te maken. Geen strafmaatregelen meer, zelfs niet als abortus buiten het wettelijke kader wordt uitgevoerd; geen informatieplicht meer over alternatieven voor abortus of recht op ondersteuning; geen verplicht gesprek meer over anticonceptie; de bedenktijd ingekort van 6 tot 2 dagen. Bestempeld als paternalistisch, achterhaald of vermomde anti-abortusideologie, worden ze resoluut geschrapt. Enkel op vraag van de vrouw, worden ze nog aangeboden. Uiteraard mag abortus geen met taboe of schuld beladen ingreep zijn (of blijven). En in zoverre dat de maatregelen - voorzien in de huidige wet - erop gericht zijn vrouwen te doen afzien van hun keuze, zijn ze *op zijn minst* moreel twijfelachtig. Ze bieden op zichzelf geen garantie voor goede zorg, maar wat ze wel bieden is een klein begin. Een startpunt voor counseling die durft te raken aan de existentiële dimensie van deze – soms onmogelijke - beslissing. Zelf actief in gesprek gaan hierover, is een teken van respect voor de vrouw én haar zelfbeschikkingsrecht. Zou het niet mooi zijn als een wettelijk kader dit verankert?

Natuurlijk zijn er heel wat gepassioneerde hulpverleners die vrouwen de ondersteuning geven die ze nodig hebben, ongeacht het wettelijk kader. Maar wanneer we het geven van informatie, zorg en bedenktijd laten afhangen van een

inschatting tussen hulpverlener en cliënt, zijn er risico's. Moeten we dan hopen op hulpverleners wiens voelsprieten de hele dag goed afgestemd zijn? Op instellingen die hun personeel, in de context van besparing (of een pandemie), de tijd en de ruimte kunnen blijven geven om meer te doen dan het strikt noodzakelijke? Op mondige en vaardige cliënten? Het perverse effect is dan misschien wel dat de maatschappelijke kwetsbare vrouwen waarvoor men oproept tot een wetswijziging, net diegene zullen zijn die uit de boot vallen. Zij die niet de vaardigheden hebben om hulp te vragen; zij die geleerd hebben om hulpverlening te wantrouwen; zij die door het leven gaan met het idee dat ze hun eigen boontjes moeten doppen; zij die door paniek, beperkte emotionele draagkracht of externe druk de ingreep zo snel mogelijk achter de rug willen hebben; zij die... Gaan we hen echt zelf verantwoordelijk stellen om de informatie en begeleiding te vragen die ze nodig hebben? En wat met de 'sterke' vrouwen, zij die weten wat ze willen? Misschien zijn ook zij wel gebaat met iemand die met hen in gesprek gaat. Die alles nog eens met hen op een rij zet, en die hen informeert over het feit dat het zou kunnen dat ze achteraf misschien wat dubbele emoties ervaren, ook al blijven ze achter hun beslissing staan.

Deze coronatijd toont ons niet alleen de mensen die de crisis willen inzetten voor eigen gewin. Het toont ons vooral warme solidariteit en betrokkenheid. Laat dit de inspiratie zijn om, wanneer dit allemaal achter de rug is, een warme wet te stemmen.

ⁱ Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking (wet van 13 augustus 1990), februari 2020, Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2016 – 31 december 2017, p 18.

ⁱⁱ Marianne Kjelsvik, Ragnhild J. Tveit Sekse, Asgjerd Litleré Moi, Elin M. Aasen, Catherine A. Chesla & Eva Gjengedal (2018) Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester, *Health Care for Women International*, 39:7, 784-807, DOI: [10.1080/07399332.2018.1465945](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945)

ⁱⁱⁱ Kjelsvik et al., 2018, p. 790