

NATIONALE
EVALUATIECOMMISSIE
VAN DE WET VAN 3 APRIL 1990
BETREFFENDE DE
ZWANGERSCHAPSAFBREKING
(Wet van 13 augustus 1990)

Memorandum aan het Parlement

Aanbevelingen en besluiten
naar aanleiding
van de tweejaarlijkse verslagen
2014, 2016 en 2018



Februari 2020

ALGEMENE INLEIDING

Geachte Kamerleden,

Voor u ligt een tekst met aanbevelingen die de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking wil doen in het kader van haar derde (facultatieve) adviesbevoegdheid.

Dit is het resultaat van een uitgebreid debat waarvan het opviel dat het zeer grondig gebeurde.

Een thematiek als zwangerschapsafbreking genereert vele diverse meningen, maar de commissie is er in geslaagd met respect voor de vaak tegengestelde meningen het debat te voeren, zonder dit tot het niveau van boutades te herleiden.

Ondanks zeer tegengestelde meningen zijn de commissieleden er in geslaagd om met respect voor mekaars visie naar mekaar te luisteren, zonder dat het altijd een objectief was om mekaar te overtuigen.

Het was bovendien onze vaststelling dat er een indrukwekkende hoeveelheid expertise in de Evaluatiecommissie werd verzameld en aldus kunnen wij hier een lijst van aanbevelingen voorstellen die het resultaat van die gecombineerde expertise is.

Net zoals in de maatschappij tekent er ook in de wereld van de experts, die met zwangerschapsafbreking professioneel geconfronteerd worden (als arts of vanuit de hulpverleningscentra) en de juristen, vanuit hun specifieke expertise, al snel een vrij eensgezinde consensus af.

Het wekt steeds enige verbazing bij ons als men spreekt over 'voorstanders' en 'tegenstanders' van zwangerschapsafbreking. Geen van de commissieleden zal zich voorstander van abortus noemen en elkeen zal er steeds naar streven om zwangerschapsafbrekingen zoveel als mogelijk te vermijden.

Omdat we u een volledig verslag wensten te brengen en omdat we een hevige voorstander zijn van de vrijheid van meningsuiting en respect voor mekaars mening hebben, zelfs als er geen consensus is, heeft de commissie beslist een tekst met een minderheidsvisie integraal toe te voegen, zelfs al werd hij aangebracht door slechts één plaatsvervangend lid. Dit betreft een visie die niet gedeeld wordt door de consensus van de andere leden, maar we vinden het niet onze taak om een mening niet aan bod te laten komen. Daarom werd hij in een apart hoofdstuk toegevoegd.

Aldus biedt dit document een vrij volledig overzicht van alle kwesties waarmee u, als wetgever, in het kader van zwangerschapsafbreking zal mee geconfronteerd worden, inclusief het minderheidsstandpunt en bibliografische verwijzingen.

De Voorzitters

Mario Van Essche

Sylvie Lausberg

Verklarende woordenlijst

CGP	Centra voor gezinsplanning
LARC	Long Acting Reversible Contraception
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
IUD	koperen spiraaltje
IUS	hormoonspiraal
VZA	vrijwillige zwangerschapsafbreking
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
AMO	Service d'aide en milieu ouvert
DGH	Dringende geneeskundige hulpverlening
LOI	Lokaal opvanginitiatief

I. ANTICONCEPTIE: INFORMATIE EN TOEGANKELIJKHEID

In België zijn veel anticonceptiemiddelen beschikbaar. Het is van fundamenteel belang dat elke burger over de nodige informatie beschikt over deze verschillende middelen, met inbegrip van de kosten ervan en de meest geschikte keuze voor hem/haar. De keuze van anticonceptie kan variëren afhankelijk van iemands leeftijd, gezondheidstoestand of levensstijl.

De bij de bevolking bekendste voorbehoedsmiddelen zijn het condoom (voor vrouwen en mannen), de pil, het spiraaltje, de anticonceptiepleister, de vaginale ring, het anticonceptie-implantaat en de anticonceptie-injectie, periodieke onthouding (kalendermethode), Sensiplan, coïtus interruptus. Er zijn ook noodanticonceptiemiddelen, zoals de morning-afterpil en het noodspiraal.

De prijzen van anticonceptiemiddelen kunnen variëren van enkele euro's tot enkele honderden euro's. De meeste worden gedeeltelijk vergoed door de mutualiteiten, die kiezen voor een terugbetaling van ongeveer € 40-50/jaar.

Dankzij het federaal parlement en de stemming over de wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013¹, worden vanaf 2019 anticonceptiemiddelen² volledig terugbetaald tot de leeftijd van 25 jaar, met uitzondering van condooms en de Sensiplan-opleiding en wordt de morning-afterpil gratis, ongeacht de leeftijd van de vrouw. In beide gevallen is een medisch voorschrift vereist. Deze vooruitgang is opmerkelijk, maar niet voldoende, aangezien de gemiddelde leeftijd van vrouwen die hun toevlucht nemen tot abortus in 2017 28,5 jaar was³. De leeftijdsgroep 25-35 jaar moet daarom speciale aandacht krijgen met betrekking tot anticonceptie.

In de rangschikking 2019 van de "Contraception Atlas"⁴ staat België gerangschikt als het beste Europees land (samen met Frankrijk), met een score van 90,1 %, voor wat overheidsbeleid, informatie, toegankelijkheid en bijstand met betrekking tot de verschillende anticonceptiemiddelen betreft. Voor het overheidsbeleid specifiek gericht op de toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen en bijstand, wordt een score van 84,8 % behaald.

¹ Wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar, om de terugbetaling van contraceptiva en de morning-afterpil uit te breiden, goedgekeurd op 22 april 2019.

² Artikel 1 van het koninklijk besluit van 16 september 2013, gewijzigd door de wet van 22 april 2019, somt de contraceptiva op met een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs.

³ Tweejaarlijks verslag van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking p 15 jaren 2016-2017

⁴ <https://www.contraceptioninfo.eu/node/7>

Een enquête met betrekking tot anticonceptie, die in 2017 door de mutualiteit Solidaris, werd gepubliceerd⁵, bevestigt deze zeer goede score, maar nuanceert echter wel de resultaten:

- Goede bekendheid met de pil, het spiraaltje en het mannencondoom; meer dan 80 % van de respondenten zegt dit middel te kennen.
- Gemiddelde bekendheid met natuurlijke methodes, de vaginale ring, het vrouwencondoom, de anticonceptiepleister, het anticonceptie-implantaat en het pessarium (tussen 40 en 70 %).
- Lage bekendheid met de driemaandelijke injectie en het cervixkapje, gekend door minder dan 30 % van de respondenten.

In België blijft anticonceptie echter vooral de verantwoordelijkheid van de vrouw, zowel financieel als psychologisch. Ze vormt dus een echte mentale belasting voor de vrouw⁶.

Tegelijkertijd hebben de Socialistische Vooruitziende Vrouwen in een studie van 2013 reeds opgemerkt dat "*artsen een belangrijke rol spelen bij de keuzes die vrouwen maken op het vlak van anticonceptie*"⁷.

ALGEMENE AANBEVELING

⇒ Informatie en keuzevrijheid met betrekking tot vrouwelijke en mannelijke anticonceptiemiddelen blijven promoten en alle obstakels waarmee vrouwen geconfronteerd zouden kunnen worden duurzaam en daadwerkelijk wegwerken.

I.A. INFORMATIE EN TOEGANKELIJKHEID

Informatie over en toegang tot anticonceptiemiddelen zijn essentieel om ervoor te zorgen dat deze niet alleen correct worden gebruikt, maar ook voor iedereen beschikbaar zijn, ongeacht de sociaaleconomische status en bijzondere levenssituaties van mensen.

I.A.1. ANTICONCEPTIE VOOR VROUWEN

Anticonceptiemiddelen zijn individuele keuzes die een vrouw maakt in overleg met de artsen en zorgverleners die haar het beste kunnen adviseren, zodat ze de beste anticonceptie voor haar kan kiezen.

⁵ Solidaris, grande enquête – contraception 2017, beschikbaar op https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf, laatste raadpleging op ⁶ Le planning familial, "C'est quoi au juste la charge sexuelle?", februari 2019, beschikbaar op: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>, laatste raadpleging op 13 januari 2020.

⁶ Le planning familial, "C'est quoi au juste la charge sexuelle?", februari 2019, beschikbaar op: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>, laatste raadpleging op 13 januari 2020.

⁷ VVS, "Femmes et contraception: quel véritable choix", 2013, beschikbaar op <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>, laatste raadpleging op.....

AANBEVELINGEN:

⇒ De toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen en de informatie over het gebruik ervan, de eventuele bijwerkingen en de risico's in geval van misbruik of stopzetting (bijvoorbeeld na een relatiebreuk, een gezondheidsprobleem, een ongeschikt anticonceptiemiddel) verbeteren.

⇒ De toegang tot anticonceptiemiddelen bevorderen door toegankelijke pillen en condooms te verstrekken, gratis condoomautomaten te plaatsen in scholen, de morning-afterpil te verstrekken in de centra voor gezinsplanning (hierna "CGP") en in scholen, via de Centra voor Leerlingenbegeleiding (hierna "CLB"), die samenwerken met de diensten voor gezondheids promotie.

⇒ De toegang tot noodanticonceptie vergemakkelijken door paramedisch personeel en vroedvrouwen de toelating te geven deze te verstrekken zonder voorschrift.

⇒ Een specifieke aanpak en sensibilisering voor vrouwen ouder dan 25 uitwerken. Volgens het tweejaarlijks verslag 2016-218 van de Evaluatiecommissie voor vrijwillige zwangerschapsafbreking vertegenwoordigen vrouwen tussen 20 en 25 jaar 69,47 % van de vrouwen die in de afgelopen twee jaar hun toevlucht hebben genomen tot VZA.

⇒ *Vooroordelen* (tradities, familiale gewoontes, vrees, ...) met betrekking tot anticonceptie bestrijden met voorlichtingscampagnes voor het grote publiek.

⇒ CLB-medewerkers bewust maken van hun proactieve en adviserende rol. Het gebeurt soms dat vrouwen zeggen geen kinderen te willen, maar toch niets doen om een zwangerschap te vermijden. Daarom moeten er zorgverleners op het terrein worden opgeleid om deze ambivalenties te identificeren en zo een dialoog te kunnen aangaan, deze vrouwen te kunnen geruststellen en hen zo goed mogelijk te kunnen informeren over hun zorgen, zodat ze de anticonceptiemethode kunnen vinden die het beste bij hen past.

⇒ Gegevens verzamelen over vrouwen die zwanger worden ondanks correct gebruik van een anticonceptiemiddel, aangezien deze informatie niet in de statistieken is opgenomen.

⇒ Wetenschappelijke studies over vrouwelijke contraceptiva uitvoeren.

I.A.2. LANGDURIGE ANTICONCEPTIEMIDDELEN VOOR VROUWEN

Omkeerbare langdurige anticonceptie ("hierna LARC") is een verzamelnaam voor langdurige anticonceptiemiddelen. Ze omvat niet-hormonale methoden, waaronder het koperen spiraaltje (hierna "IUD"), hormonale spiraaltjes (intra-uteriene systemen (hierna "IUS")), een anticonceptie-injectie op basis van progestageen en het implantaat op basis van progestageen.

Deze methoden spelen een belangrijke rol bij het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. Het is immers bewezen dat het onmiddellijk inbrengen van een hormonaal of koperen spiraaltje of een implantaat na een vrijwillige zwangerschapsafbreking (hierna "VZA" genoemd) leidt tot een vermindering van het aantal nieuwe ongewenste zwangerschappen⁸. Naast internationale studies tonen de door de Commissie geanalyseerde statistieken aan dat na een bewustmakingscampagne bij artsen en gynaecologen over het IUD bij jongeren in 2013, de VZA-cijfers in de leeftijdscategorieën 15-19 en 20-24 jaar met respectievelijk 22 % en 18 % zijn gedaald.

Een consensus, gedeeld door vooraanstaande Belgische gynaecologen en gepubliceerd in maart 2013 in GUNAÏKEIA (een tijdschrift bedeed aan alle gynaecologen in België), bevestigde dat intra-uteriene anticonceptie ook voor jongeren vanaf 18 jaar een eerste keus is. Dit heeft ertoe bijgedragen dat de gewoontes van artsen, die in het verleden intra-uteriene anticonceptie vaak voorbehielden voor vrouwen die al kinderen hadden gekregen, zijn veranderd.

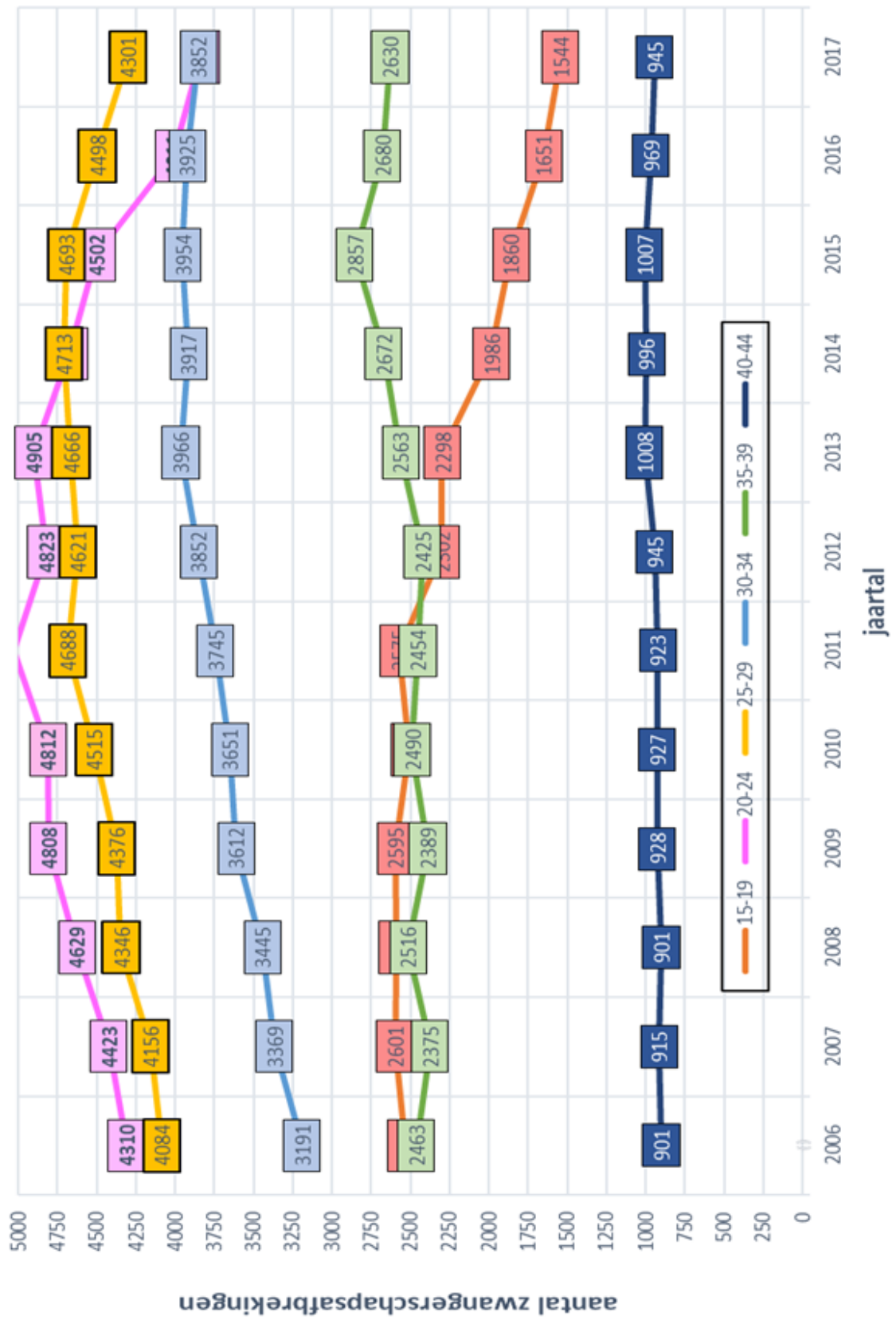
Gratis anticonceptie voor jongeren en deze consensus heeft veel jonge vrouwen in staat gesteld om te profiteren van de meest effectieve langdurige anticonceptie.

Waarschijnlijk heeft dit bijgedragen tot de afname van het aantal VZA bij jongeren van 15 tot 19 jaar en jongvolwassenen van 20 tot 24 jaar vanaf 2014 (intra-uteriene hulpmiddelen die 5 jaar lang werken).

Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie (2006-2017)												
leeftijdsgroep	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
15-19	2531	2601	2588	2595	2506	2575	2302	2298	1986	1860	1651	1544
20-24	4310	4423	4629	4808	4812	5027	4823	4905	4675	4502	4011	3836
25-29	4084	4156	4346	4376	4515	4688	4621	4666	4713	4693	4498	4301
30-34	3191	3369	3445	3612	3651	3745	3852	3966	3917	3954	3925	3852
35-39	2463	2375	2516	2389	2490	2454	2425	2563	2672	2857	2680	2630
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1008	996	1007	969	945
	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108

⁸ N. BIRGISSON, Q. ZHAO *et al.* "Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project, in *Journal of women's health* (2002) vol. 24.5 (2015), pp. 349-353; S.ROSE *et al.* B. LAWTON, "Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion", *Am J Obstet Gynecol* (2012), vol 206(1); B.WINNER, J.F. PEIPERT *et al.*, "Effectiveness of Long-Acting reversible Contraception", in *The New England Journal of Medicine*, (366/21), 24 mei 2012, pp. 1998-2007

Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie (2006-2017)



I.A.3. ANTICONCEPTIE VOOR MANNEN

Zoals hierboven benadrukt wordt anticonceptie nog te vaak beschouwd als het exclusieve domein van de vrouw. Er is een mentaliteitsverandering nodig, en mannen moeten eveneens geresponsabiliseerd worden op het vlak van anticonceptie.

Er bestaan vandaag de dag twee betrouwbare anticonceptiemiddelen voor mannen. Het condoom en de vasectomie⁹.

AANBEVELINGEN:

⇒ De toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen voor mannen en de informatie over het gebruik ervan, de eventuele bijwerkingen en de risico's in geval van misbruik of stopzetting (bijvoorbeeld na een relatiebreuk, een gezondheidsprobleem, een ongeschikt anticonceptiemiddel) verbeteren en eveneens informatie verstrekken om de angsten die gepaard gaan met het gebruik ervan tegen te gaan.

⇒ Mannen en vrouwen sensibiliseren voor anticonceptie voor mannen door middel van campagnes gericht op het grote publiek.

⇒ Mannen en vrouwen sensibiliseren voor de verantwoordelijkheid van mannen in het voorkomen van een ongewenste zwangerschap.

⇒ Wetenschappelijk onderzoek en het op de markt brengen van anticonceptie voor mannen stimuleren.

I.A.4. RELATIONELE, AFFECTIEVE EN SEKSUELE OPVOEDING

De Nationale Evaluatiecommissie voor vrijwillige zwangerschapsafbreking had in haar in 2012 gepubliceerd rapport al gewezen ¹⁰op het aanzienlijk aantal ongewenste zwangerschappen ten gevolge van het niet of slecht gebruiken van anticonceptie. Er moet dus stroomopwaarts worden gewerkt: er moet zo vroeg mogelijk informatie worden verstrekt aan meisjes en jongens die waarschijnlijk seksueel actief zullen zijn.

⁹ Voor meer informatie zie G.ROBIN, F.MARCELLI *et al.*, "Contraception masculine", *La presse Médicale*, Vol 43, nr. 2, 2014, pp. 205-211; R. MIEUSSET en J-C. SOUFIR *et al.*, "La contraction masculine", *Revue francophone des laboratoires*, Vol 43, nr. 451, april 2013, p. 17.

¹⁰

<https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=1784&VOLGNR=1&LANG=fr>

De deelstaten hebben onderwijsprogramma's voor relationele, affectieve en seksuele opvoeding, maar de effectieve veralgemening van deze activiteiten vertoont nog vele lacunes in de scholen van alle netten. Alle studies bevestigen nochtans dat herhaalde en regelmatige informatie tijdens de schooljaren essentieel is om ervoor te zorgen dat jongeren bewust worden gemaakt van emotionele relaties en verboden gedrag zoals partnergeweld, inclusief gedwongen zwangerschappen.¹¹

Deze activiteiten op scholen of in jeugdbewegingen stimuleren jongeren om verschillende anticonceptiemiddelen en het gebruik ervan te leren kennen, om uiteindelijk de voor hun levensstijl meest geschikte methode te vinden.

Het lijkt geen twijfel dat bewustmaking door middel van deze activiteiten bijdraagt aan het verminderen van het aantal ongewenste zwangerschappen bij jongeren

AANBEVELINGEN:

⇒ De informatie aangaande anticonceptie, noodanticonceptie en VZA voor gezondheidswerkers, huwelijksconsulenten, animatoren van gespreksgroepen of educatieve teams verbeteren. Met dit doel websites zoals die van het Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie (www.bcfi.be) promoten.

⇒ Informatie over het relationele, affectieve en seksuele leven in de op scholen verstrekte verplichte lessen verbeteren en er voldoende middelen voor uittrekken.

⇒ Animaties over het relationele, affectieve en seksuele leven ontwikkelen en dubbele preventie (condoom en anticonceptiemiddel) promoten, met als doelpubliek scholen, studenten- en feestmilieus, structuren voor jongvolwassenen met een fysieke en/of mentale handicap, gezondheidsbevorderingsplaatsen (wijkgezondheidscentra, ...) en discussieplaatsen (verenigingen, vrouwenhuizen, discussiegroepen, AMO, jeugdbewegingen...) en tegelijkertijd de bewustmakingsactiviteiten tijdens openbare evenementen verveelvoudigen, wat vereist dat er meer middelen voor worden vrijgemaakt.

⇒ Voorlichtingscampagnes voor jongeren ontwikkelen over anticonceptie en VZA, verantwoord ouderschap, gewenste of ongewenste zwangerschappen, alsook getuigenissen van minderjarige moeders... Voor deze campagnes gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen zoals radio en televisie, maar ook van nieuwe media zoals sociale netwerken

⇒ Referentiewebsites over het seksuele, relationele en emotionele leven (vb. www.zanzu.be) promoten, aangezien deze jongeren de tools aanreiken om hun kritische zin te ontwikkelen, bijvoorbeeld met betrekking tot series die tienerzwangerschappen

¹¹ Aanbevelingen van het EVRAS-platform voor relationele, affectieve en seksuele opvoeding op alle scholen, januari 2019, beschikbaar op [https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations PE 21 janvier 2019 avec cosignataires.pdf](https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf), laatste raadpleging op¹² <https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf> ; <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>

bagatelliseren, en ook betrouwbare informatie over anticonceptie verstrekken.

⇒ Ouders sensibiliseren die weigeren hun (jonge) dochters een anticonceptiemiddel te laten gebruiken, hoewel deze houding noch seksuele relaties en noch de daarmee gepaard gaande risico's (zwangerschap, overdracht van infecties) verhindert.

I.B. KOSTPRIJS EN TERUGBETALING VAN ANTICONCEPTIE EN LANGDURIGE ANTICONCEPTIE

Zelfs als de staat en de mutualiteiten tussenkomen, is voor vrouwen in België nog steeds een kost verbonden aan anticonceptiemiddelen, wat een grote drempel kan vormen voor vrouwen die over weinig financiële middelen beschikken. We weten nochtans dat preventie, door het vergroten van de financiële toegankelijkheid van anticonceptie, het mogelijk maakt om het aantal VZA te verminderen en in een later stadium tegelijkertijd zorgt voor aanzienlijke besparingen. Bovendien hebben een aantal vrouwen geen sociale zekerheid en moeten ze dus een hoge prijs betalen, die kan oplopen tot 150 euro.

AANBEVELINGEN:

⇒ Een duidelijk systeem van terugbetaling of rechtstreekse betaling door de sociale zekerheid invoeren, zodat de patiënt geen kosten hoeft te maken (en niets zelf hoeft te betalen).

⇒ Het RIZIV moet instaan voor de volledige terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen, evenals voor de aankoop en plaatsing van langdurige anticonceptiemiddelen, en niet de mutualiteiten, om verschillen in dekking te voorkomen.

⇒ Het principe van gratis anticonceptie uitbreiden naar vrouwen tot 35 jaar. Idealiter zou geen enkele vrouw geld moeten voorschieten, ongeacht haar leeftijd.

⇒ Het RIZIV zou op zijn minst voor de meest hulpbehoevende vrouwen de kosten van de consultatie en het anticonceptiemiddel en eerst en vooral langdurige anticonceptie rechtstreeks moeten vergoeden (geen remgeld).

⇒ De transparantie van de begroting bevorderen om te weten welk deel van het budget van de staat aan het RIZIV wordt toegekend, en hoe groot het deel daarvan is dat voor anticonceptie wordt gebruikt.

I.C. VOORSCHRIFT VOOR NOODANTICONCEPTIE

Momenteel kunnen alleen artsen de meeste anticonceptiemiddelen voorschrijven, wat een beperking vormt op het terrein en de toegankelijkheid ervan belemmert.

AANBEVELINGEN:

⇒ Paramedisch personeel en, in voorkomend geval, vroedvrouwen moeten een specifieke opleiding hebben genoten en moeten in staat zijn om noodanticonceptie te verstrekken.

⇒ Een afwijking toestaan zodat professionals uit de paramedische en sociale sector die een vorming inzake noodanticonceptie genoten hebben deze kunnen verstrekken. Momenteel kunnen deze morning-afterpillen enkel worden verstrekt door artsen en apothekers.

I.D. INFORMATIE OVER VZA

De wet betreffende VZA van 15 oktober 2018, die het recht op VZA vastlegt, heeft ook artikel 383 van het Strafwetboek, dat elke vorm van publiciteit voor VZA verbiedt, afgeschaft. Veel organisaties¹² bevestigen dat het ontzeggen van informatie het leven en de gezondheid van vrouwen diepgaand beïnvloedt en de verwezenlijking van hun rechten en vrijheden belemmert. Op dit moment is de verspreiding van valse, onvolledige en/of misleidende informatie geen garantie voor de bescherming en effectiviteit van het recht op VZA.

In navolging van het voorbeeld van Frankrijk¹³, dat in 2014 ook een recht op VZA heeft vastgelegd, is het daarom van essentieel belang om vrouwen een informatieve website over VZA te bieden om hun ongehinderde toegang tot dit recht te garanderen.

Het werk van de centra voor gezinsplanning en hun site loveattitude¹⁴ zijn lovenswaardig; het is echter aan de regering en meer bepaald aan de FOD Volksgezondheid om de vrije keuze van vrouwen te garanderen en om hun basisrecht om over hun lichaam te beschikken en het recht op abortus te waarborgen via een officiële website.

AANBEVELINGEN:

⇒ Een officiële en regelmatig bijgewerkte website over het recht op abortus ter beschikking van vrouwen stellen. Deze eenvoudige, toegankelijke en objectieve site moet alle nuttige informatie verzamelen, om vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap te helpen een geïnformeerde keuze te maken (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van beschikbare plaatsen voor een gesprek of om een VZA uit te voeren, enz.)

¹² <https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf> ; <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>

¹³ Officiële website van de Franse regering: <https://ivg.gouv.fr/>

¹⁴ <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement/>¹⁵ Tweejaarlijks verslag van de nationale commissie IVG 2016/2017

⇒ Regelmatig voorlichtingscampagnes voor het grote publiek uitwerken over ongeplande of ongewenste zwangerschappen en VZA; voor deze campagnes gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen zoals de pers, affiches in de openbare ruimte en het openbaar vervoer, maar ook via het internet en nieuwe media zoals sociale netwerken.

II. OPVANG IN HET ZIEKENHUIS

Sinds het begin van de statistieken is het percentage VZA dat in het ziekenhuis wordt uitgevoerd stabiel gebleven, namelijk tussen 15 % en 20 %; zo werd in 2017 15,72 % van de VZA in het ziekenhuis uitgevoerd¹⁵.

Ziekenhuizen krijgen echter geen financiering voor de opvang van vrouwen die voor een VZA komen, ook al is die opvang wettelijk verplicht. Om dit gebrek aan middelen te compenseren, gebruiken sommige ziekenhuizen een code "interview met de sociale dienst" om een interventie van het RIZIV te verkrijgen.

Bovendien is het gebruik van een institutionele gewetensclausule weliswaar niet toegestaan, maar in de praktijk voeren sommige ziekenhuizen geen zwangerschapsonderbrekingen uit, iets waarvan de vrouwen niet van tevoren op de hoogte worden gesteld. Volgens de bepalingen van de wet van 2018¹⁶ is een arts, indien hij niet verplicht is een zwangerschapsafbreking uit te voeren, wettelijk verplicht om de vrouw hiervan bij het eerste contact op de hoogte te brengen en haar door te verwijzen naar een collega die de behandeling kan uitvoeren.

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk kader te ontwikkelen dat zowel de ziekenhuisprofessionals als de vrouwen die zich tot hen richten zal helpen.

De eerstelijnsopvang en de opvang bij de betrokken dienst zijn de eerste stappen voor een vrouw die een VZA wil ondergaan; daarom moet het personeel speciaal worden opgeleid en moeten er voldoende financiële middelen worden verkregen.

Naast de wettelijke vereisten inzake informatie over alternatieven (ondersteuningsopties) en anticonceptie is het belangrijk om te luisteren en om rekening te houden met de specifieke situatie van het betrokken paar of de betrokken vrouw, zonder enige druk en met respect voor hun beslissingsautonomie.

Bovendien stellen discretie en respect voor het privéleven specifieke problemen voor ziekenhuisstructuren: bij aankomst worden de contactgegevens van de behandelende arts opgevraagd en wordt hem/haar een medisch verslag doorgestuurd, zonder dat de vrouw daarvan op de hoogte is (ook voor minderjarigen).

¹⁵ Tweejaarlijks verslag van de nationale commissie IVG 2016/2017

¹⁶ Hoofdstuk 2, artikel 2) 7° Geen arts, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking. De aangezochte arts is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis te stellen van zijn weigering. Hij vermeldt in dat geval de contactgegevens van een andere arts, van een centrum voor zwangerschapsafbreking of van een ziekenhuisdienst waar ze terecht kan met een nieuw verzoek tot zwangerschapsafbreking. De arts die de vrijwillige afbreking weigert uit te voeren, stuurt het medisch dossier door naar de nieuwe arts die de vrouw raadpleegt.

¹⁷ <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

Dit probleem inzake respect voor het privéleven stelt zich niet in de centra: het medisch verslag wordt overhandigd aan de vrouw, die zelf beslist om het aan haar behandelende arts te geven (of aan de spoedgevallendienst, indien nodig).

Tot slot worden in ziekenhuizen regelmatig "ongepaste" opmerkingen of houdingen van gezondheidswerkers of personeel waargenomen tegenover vrouwen die een VZA willen, ongeacht het ziekenhuis of zijn net, en dit op verschillende zorgniveaus: onthaal in het ziekenhuis of op de afdeling gynaecologie, callcenter, hospitalisatie....

Het kan gaan om opmerkingen die een schuldgevoel aanpraten - "Je zit in een relatie, waarom behoud je de zwangerschap niet?", "Waarom gebruikte je geen anticonceptie?" "Weet je zeker dat je deze zwangerschap wilt afbreken? "... - of gedrag tijdens de behandeling dat blijkt geeft van een gebrek aan empathie en begrip.

In ziekenhuizen worden de meeste VZA uitgevoerd in dagklinieken, onder algemene verdoving, een alternatief voor de lokale anesthesie die gebruikt wordt in CGP buiten de ziekenhuizen; de patiënten worden dus verzorgd door personeel dat niet specifiek deel uitmaakt van de afdeling gynaecologie of gezinsplanning van het ziekenhuis. Dit is bijvoorbeeld het geval voor secretaresses en verpleegkundigen in dagklinieken of operatiekamers en de anesthesisten.

Deze hulpverleners hebben in het algemeen tijdens hun gewone activiteiten niet te maken met VZA, hebben geen informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn soms bevooroordeeld. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat VZA voor sommige zorgverleners een strafbaar feit blijft, dat zich op de rand van de legaliteit bevindt. De hierboven beschreven gedragingen hebben soms - al dan niet bewust - tot doel patiënten een soort "straf" op te leggen, met de achterliggende gedachte dat ze "de volgende keer beter zullen opletten" en "het in de toekomst niet meer zullen doen". Het kan andere, minder direct herkenbare vormen aannemen, zoals een professionele houding met weinig empathie, geen verbale communicatie, geen glimlach of ondersteunende blikken, onvoldoende aandacht voor de vereiste discretie, enz.

De ervaring heeft geleerd dat vrouwen die een VZA vragen in een ziekenhuisomgeving geconfronteerd kunnen worden met een gebrekkige en respectloze behandeling. Deze situatie dient verbeterd te worden, aangezien VZA een recht is dat door de wet van 15 oktober 2018 wordt erkend.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Zorgen voor een specifieke nomenclatuurcode voor VZA. Momenteel bestaat er geen specifieke nomenclatuurcode voor VZA in ziekenhuizen. Om deze situatie te compenseren, worden de codes "curettagage" voor chirurgische VZA en "consultatie en echografie" voor medicinale VZA gebruikt om financiering te verkrijgen van het RIZIV, terwijl voor medicinale VZA bijna een halve dag controle door het medisch en paramedisch team noodzakelijk is.
- ⇒ De opleiding tot gynaecoloog ondersteunen en opwaarderen, om iets te doen aan het tekort aan kandidaat-artsen, aangezien alleen gynaecologen na 14 weken amenorroe een VZA mogen uitvoeren vanwege de technische aard van de ingreep.
- ⇒ Aandringen op het aanwerven van huisartsen in ziekenhuizen om de gynaecologische teams te helpen.

II.A. EERSTELIJSOPVANG

Eerstelijnsopvang is een zeer belangrijke stap in de toegang tot zorgverlening. Daarnaast is een specifieke opleiding voor het personeel van de telefooncentrale en het algemeen onthaal van het ziekenhuis noodzakelijk, zodat zij kennis kunnen nemen van het verzoek en de vrouw zonder stigmatisering naar de juiste dienst kunnen doorverwijzen. De verspreiding van informatie moet ook een prioriteit zijn, die het onthaal zal vergemakkelijken.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Telefonisch onthaal alleen is onvoldoende, maar een speciaal nummer voor ongewenste zwangerschappen is mogelijk. Dit kan in de vorm van een specifiek telefoonnummer dat op de website wordt vermeld, zodat het niet nodig is eerst naar de algemene telefooncentrale te bellen.
- ⇒ Zorgen voor een specifiek raadplegingsmoment voor VZA.
- ⇒ Het personeel van het eerstelijnsonthaal opleiden om op gepaste wijze met deze vrouwen om te kunnen gaan.
- ⇒ Een gynaecologische raadpleging organiseren die openstaat voor noodgevallen. Dit is een nuttige manier om vrouwen direct te zien, maar er moet rekening worden gehouden met het risico dat de spoedgevallendienst overbevrraagd wordt en het feit dat de arts van wacht niet openstaat voor verzoeken om VZA.
- ⇒ Via verschillende kanalen informatie verstrekken over de aanpak van VZA in het ziekenhuis. Sinds de afschaffing van artikel 383 van het Strafwetboek (wet van 15 oktober 2018) is publiciteit en het verspreiden van informatie over abortus legaal. Hoe meer informatie beschikbaar is via verschillende kanalen, hoe beter vrouwen in staat zullen zijn om weloverwogen keuzes te maken. De website en de informatieborden van het ziekenhuis

moeten een sectie "ongewenste zwangerschap" bevatten. In deze sectie wordt de procedure voor het afbreken van een zwangerschap geschetst en wordt aangegeven met wie men contact moet opnemen om een afspraak te maken. Als het ziekenhuis VZA uitvoert, moet dit ook worden aangegeven in de gedrukte brochures.

⇒ Naast de websites van ziekenhuizen vermelden bepaalde websites, in het bijzonder die van de federale overheidsdiensten, geen of onvoldoende informatie over VZA (RIZIV, VVOG - Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, FOD Volksgezondheid, verenigingen van behandelende artsen, enz.) Deze sites moeten informatie verstrekken over de wet, de toegangsvoorwaarden, de praktijken en de ziekenhuizen en instellingen die VZA uitvoeren, via de centrafederaties.

II.B. ONTHAAL OP DE DIENST

Om van hoge kwaliteit te zijn, moet het onthaalpersoneel op de dienst een specifieke opleiding krijgen; dit personeel moet een opleiding krijgen inzake VZA, inzake het luisteren naar vrouwen en inzake begeleiding. Het onthaalpersoneel van het ziekenhuis moet de vrouwen kunnen vertellen of er in het ziekenhuis VZA worden uitgevoerd en indien dit niet het geval is, moet het hen doorverwijzen naar een andere instelling die dit wel doet.

AANBEVELINGEN:

⇒ De ruimte zo inrichten dat er een zekere vertrouwelijkheid gegarandeerd wordt wanneer de vrouw naar het onthaal gaat om het doel van haar bezoek uit te leggen.

⇒ Een zichtbare bewegwijzering, die leidt naar de juiste afdeling, aanbrengen in ziekenhuizen.

⇒ Voorzien in financiering van minstens het salaris van één psycholoog/maatschappelijk werker voor het voeren van de gesprekken voor de VZA. Deze gesprekken zijn immers wettelijk verplicht.

⇒ Zorgen voor een specifieke ruimte voor VZA: afgezien van de plaats van de operatie zelf zouden vrouwen zich niet in een verloskamer of naast een vrouw die een miskraam heeft gehad bevinden.

II.C. AANPAK VAN DE VZA

Naast de artsen moeten ook de medewerkers die ermee instemmen om bij VZA betrokken te zijn, een specifieke opleiding krijgen in het luisteren naar en het opvangen en informeren van vrouwen.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Zorgen voor vrouwvriendelijke zorg door opleiding in het vrijwillig uitvoeren van VZA.
- ⇒ De arts ervan op de hoogte brengen dat hij de vrouw systematisch toestemming moet vragen om een medisch verslag naar de behandelende arts te sturen. In het document voor de registratie van een zwangerschapsonderbreking (versie 2020) is daartoe een punt opgenomen met betrekking tot de voorafgaande vraag tot de toelating van de vrouw om het medisch verslag door te sturen.
- ⇒ De oprichting van een "VZA-cel" met gemotiveerde medewerkers voorstellen. We stellen twee mogelijkheden voor:
 - Hetzij om binnen een ziekenhuis een dienst VZA op te richten met een multidisciplinair team (psychologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, gynaecologen of huisartsen, maatschappelijk werkers, juristen, ...).
 - Ofwel de lokalen die gewoonlijk gebruikt worden voor gynaecologische consultaties op vast tijdstippen vrijmaken voor VZA (idealiter twee keer per week).

II.D. GESPREK NA VZA

In alle ziekenhuisstructuren en centra buiten de ziekenhuizen wordt vrouwen voorgesteld om terug te keren voor een medische controle en een gesprek na de VZA. Dit gesprek kan voor sommige vrouwen belangrijk zijn, vooral op psychologisch vlak. Het is dus belangrijk om hiermee rekening te houden en de nodige middelen vrij te maken. Dit gesprek maakt het mogelijk na te gaan of het door de vrouw gekozen anticonceptiemiddel op de juiste manier wordt ingenomen en om, indien nodig, de gebruikte methode aan te passen om de effectiviteit ervan te waarborgen.

AANBEVELING:

- ⇒ Onderzoek naar de gesprekken voor en na de VZA aanmoedigen.

III. OPLEIDING VAN ARTSEN EN PARAMEDISCH PERSONEEL BUITEN HET ZIEKENHUIS

De opleiding van artsen en medisch personeel is essentieel om de toegang tot en het uitvoeren van VZA te garanderen onder psycho-medisch-sociale omstandigheden die de rechten van de vrouw respecteren.

In 2017 werd 84,28 % van de door de evaluatiecommissie vastgestelde VZA uitgevoerd in centra buiten het ziekenhuis. Het merendeel van de artsen in deze centra zijn huisartsen. Huisartsen die een VZA uitvoeren, stuiten op een specifiek obstakel, zoals de regelgeving die een onderscheid maakt tussen "klassieke" raadplegingen en raadplegingen in andere structuren (bv. ONE, hulp aan drugsverslaafden, CLB). Artsen moeten immers een aantal "klassieke" consultaties verantwoorden om door middel van accreditatie een sociaal voordeel te genieten.

Het tekort aan artsen die VZA uitvoeren wordt al jaren aan de kaak gesteld. Slechts één universiteit (ULB) biedt, op vrijwillige basis, specifieke opleidingen aan voor afgestudeerden in de huisartsgeneeskunde die ervaring willen opdoen met VZA in centra buiten de ziekenhuizen.

Verschillende universiteiten (ULB, ULiège, VUB) organiseren een specifieke verplichte opleiding inzake VZA voor huisartsen die zich specialiseren in de gynaecologie-verloskunde. (De Universiteit Gent organiseert deze opleiding op vrijwillige basis).

De bestaande opleidingen aan deze universiteiten zijn niet voldoende om de opvolging te garanderen van de vergrijzende beroepsbeoefenaars, die reeds met te weinig waren.

De centra en hun verenigingen bieden zelf opleidingen aan voor het paramedisch personeel dat vrouwen die een VZA willen begeleidt.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ In het onderwijscurriculum van universiteiten en hogescholen opleidingen over seksuele en reproductieve gezondheid en bewustwording met betrekking tot VZA opnemen.
- ⇒ Een VZA-opleiding organiseren in de verschillende geneeskundefaciliteiten
- ⇒ De eigenheid van huisartsen die VZA uitvoeren in centra buiten ziekenhuizen erkennen.

IV. REGISTRATIE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING OM MEDISCHE REDENEN

Het aantal zwangerschappen dat na 12 weken wordt beëindigd in de verschillende rapporten van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking ter attentie van het parlement staat vermeld in hoofdstuk 1.5.7 en in bijlage 2 van de rapporten voor de jaren 2012 - 2013, 2014 - 2015 en 2016 - 2017.

Hierin kan men lezen dat er in 2012 79 gevallen waren van onderbreking omwille van gevaar voor het kind, 103 in 2013, 94 in 2014, 35 in 2015, 93 in 2016 en 107 in 2017 (tabel).

We hebben deze cijfers geanalyseerd door ze te vergelijken met die van het EUROCAT-register, een register dat alle aangeboren misvormingen bij kinderen tijdens de foetale fase, bij geboorte en tot de leeftijd van 1 jaar verzamelt.

Het doel van dit Europese register is om waakzaam te zijn en een waarschuwing te geven als er een piek van misvormingen optreedt bij foetussen en pasgeborenen. Inderdaad, na de dramatische van thalidomide-gerelateerde misvormingen (Softenon), werd besloten om snel te reageren als een omgevingsoorzaak misvormingen veroorzaakte bij het toekomstige kind.

Het centraal register bestaat uit regionale registers waar, met medewerking van de kraamklinieken, alle aangeboren afwijkingen worden geregistreerd. Er zijn twee registers in België, een voor Henegouwen en de provincie Namen (sinds 1979) en het andere voor de hele provincie Antwerpen (sinds 1989) (Morris et al., 2018).

Het centrale register dat de verschillende Europese regionale registers coördineert, bevindt zich sinds 01.01.15 in het European Joint Centre in Ispra (Europese Commissie). Het maakt dus deel uit van het Europees platform voor registratie van zeldzame ziekten. <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat>

Sinds de registratie van aangeboren misvormingen hebben prenatale diagnosetechnieken het mogelijk gemaakt om deze steeds eerder tijdens de zwangerschap te diagnosticeren. Deze prenatale diagnose kan leiden tot een medische zwangerschapsafbreking na 12 weken in geval van ernstige misvormingen (E. Garne e.a., 2004 en 2010).

De prevalentie van VZA wegens foetale misvormingen is al vele jaren bekend in de registers van Henegouwen - Namen en Antwerpen. Onderstaande tabel stelt ons in staat om de bij de Commissie aangegeven gegevens voor het hele land te vergelijken met de gegevens over de prevalentie van VZA na 12 weken per 10.000 geboorten.

Afhankelijk van het aantal geboortes (Statbel Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium) in de jaren 2012 tot 2017 kan een schatting worden gegeven van het aantal zwangerschapsafbrekingen wegens foetale misvormingen. Dit aantal bedraagt 464 in 2012 en stijgt tot 654 in 2017.

JAAR	AANTAL GEBOORTEN	ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN RAPPORT COMMISSIE	ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN PREVALENTIE PER 10.000 GEBOORTEN (EUROCAT HN en A)	GESCHAT AANTAL ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN IN BELGIË
2012	126.993	79	36,53	464
2013	124.862	103	36,1	450
2014	124.415	94	37,75	469
2015	121.713	35	42,25	514
2016	121.161	93	40,74	493
2017	119.109	107	54,89	654

Tabel met het aantal aan de Commissie gemelde VZA na 12 weken en het geschatte aantal in België

Het lijkt erop dat het aantal gemelde onderbrekingen duidelijk lager is dan wat er in het land echt gebeurt, aangezien de cijfers voor onderbrekingen wegens foetale misvormingen rond de 7-23 % van de geschatte cijfers liggen.

De oorzaken van dit verschil kunnen worden verklaard door de werkoverlast in ziekenhuizen, waardoor er geen tijd is voor de melding, door de verschillende interpretatie van de wet door de arts met betrekking tot vrijwillige en medische zwangerschapsafbreking, of ten slotte de wens om deze praktijk zeer vertrouwelijk te houden.

V. VZA EN KWETSBAAR PUBLIEK

V.A. VROUWEN MET EEN LAGE SOCIO-ECONOMISCHE STATUS

Verschillende factoren en specifieke behoeften dragen ertoe bij dat de meest kwetsbare vrouwen het risico lopen om ongewenst zwanger te raken, met name vanwege hun preciaire sociaal-economische situatie.

Vrouwen die geen sociale zekerheidsdekking hebben en het door het RIZIV gevraagde bedrag niet kunnen betalen, worden doorverwezen of worden met verlies opgevangen door ziekenhuizen en centra buiten de ziekenhuizen. Het bedrag in een centrum buiten het ziekenhuis werd door het RIZIV vastgelegd op € 470 en ligt nog veel hoger in ziekenhuizen.

In het rapport van de Socialistische Vooruitziende Vrouwen van 2013 wordt de specificiteit van de keuze van de anticonceptiemethode volgens de sociaaleconomische status van een vrouw benadrukt: wanneer een vrouw zich in een preciaire financiële situatie bevindt, zal ze niet de voorkeur geven aan anticonceptie en nog minder aan noodanticonceptie. In een artikel dat op 12 februari 2019 werd gepubliceerd, stelde de mutualiteit Partena ook dat anticonceptie het minst gebruikt wordt door vrouwen die een verhoogde tegemoetkoming genieten¹⁷.

¹⁷ <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

Er is een verschil tussen vrouwen met een basisschooldiploma of zonder diploma die kiezen voor de anticonceptiepil en vrouwen met een diploma hoger onderwijs, die de voorkeur geven aan het spiraaltje¹⁸.

Het is daarom absoluut noodzakelijk om een aanpak te hanteren die rekening houdt met de sociaaleconomische status van vrouwen.

De situatie van migrantenvrouwen zonder verblijfsrecht is ook zorgwekkend. De Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking heeft het registratieformulier in 2019 gewijzigd, omdat het geen vragen bevatte met betrekking tot deze situaties.

De vereniging die ontstaan is uit de fusie van de Nederlandstalige VZA-centra (hierna "LUNA") vraagt al enkele jaren naar de herkomst van de patiënt. Volgens hun cijfers van 2017 waren 58 % van de 6688 patiënten die hun zwangerschap in een LUNA-abortuscentrum beëindigden, autochtoon en waren 42 % van buitenlandse afkomst. Van de personen met de Belgische nationaliteit is 22 % van allochtone afkomst.

39 % van de vrouwen van allochtone afkomst hebben de Belgische nationaliteit.¹⁹ Dit toont het belang aan van een aanpak die rekening houdt met deze dimensie, die duidelijk veel hinderpalen opwerpt voor de toegang tot VZA en anticonceptie²⁰: geografische ontoegankelijkheid, financiële moeilijkheden, gebrek aan onderwijs en dus onwetendheid over anticonceptiemiddelen, sociale of familiale druk, etc.

De interventie voor de VZA zelf kost ongeveer 450 euro, hoewel dit bedrag varieert naar gelang van de plaats van uitvoering en ook afhankelijk is van de financiële steun waarop de betrokkene recht heeft.

Sinds 2003 worden de kosten van een VZA in centra buiten het ziekenhuis gedekt door de mutualiteit en bedraagt het remgeld dat de vrouw moet betalen ongeveer 3 euro.

Vrouwen zonder mutualiteit moeten de totaalprijs van de interventie zelf betalen, hoewel de centra vaak hulp bieden in functie van hun financiële mogelijkheden. Er kan ook een beroep worden gedaan op verschillende sociale diensten: OCMW's, medische noodhulp, het Rode Kruis, ...

¹⁸ <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf> (pp5-6)

¹⁹ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

²⁰ RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014, pp. 257–259

Iedereen die legaal in België verblijft, kan immers een verzoek tot bijstand van het OCMW indienen. Om te beslissen of een persoon recht heeft op bijstand, voert een maatschappelijk werker een "sociaal onderzoek" uit, d.w.z. hij controleert of de persoon hulp nodig heeft om een waardig leven te leiden. Het OCMW heeft 30 dagen de tijd om een beslissing te nemen. Vrouwen die zich zonder verblijfsvergunning op het grondgebied bevinden, hebben dus geen sociale zekerheidsdekking en kunnen in theorie een beroep doen op dringende medische hulp (DMH)²¹, gedefinieerd als "dringende hulp die de toegang tot medische zorg garandeert voor personen zonder wettig verblijf in België".²² Asielzoekers kunnen zich aanmelden bij de opvangstructuur waar ze verblijven (Fedasil, Rode Kruis). Als ze echter niet in een centrum of in een LOI verblijven, kunnen ze een beroep doen op de hulp van het OCMW.²³

Al deze voorzieningen slagen er echter niet in de moeilijkheden weg te werken die deze vrouwen bij een ongewenste zwangerschap ondervinden.

Om een verzoek om bijstand te aanvaarden, voert het OCMW huisbezoeken uit. Veel van deze vrouwen zonder verblijfsvergunning leven op straat, hebben geen referentieadres en zijn vaker slachtoffers van geweld/diefstal. Ze worden dan ook geconfronteerd met een verhoogd risico op een ongewenste zwangerschap en staan voor een dilemma: als ze een beroep willen doen op een medisch veilige VZA zijn ze verplicht een dossier in te vullen, met het risico te worden geregistreerd en uiteindelijk uit het grondgebied te worden gezet.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ **Automatisch toepassen van de derdebetalersregeling** voor anticonceptie voor mensen die een "verhoogde tegemoetkoming" krijgen van het ziekenfonds.
- ⇒ De medische kosten voor zwangerschapsonderbreking en de anticonceptie voor vrouwen die niet onder de sociale zekerheid vallen ten laste nemen.
- ⇒ Door administratieve vereenvoudiging, toegang tot medische noodhulp voor personen zonder verblijfsrecht toelaten.

²¹ OCMW-wet (1976)

²² Koninklijk besluit van 12 december 1996

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet

²³ http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet

V.B. VZA EN GEWELD

We weten dat ongeveer 40 % van het huiselijk geweld voorkomt of verergert tijdens de zwangerschap.²⁴ Het is noodzakelijk om het verband tussen geweld en zwangerschap vast te stellen en bekend te maken. Dit zal er onder meer voor zorgen dat VZA-artsen de gevallen van huiselijk geweld die ertoe leiden dat sommige vrouwen hun toevlucht nemen tot abortus kunnen detecteren. Aan de andere kant blijkt dat sommige zwangerschappen het resultaat zijn van manoeuvres om de vrouw tegen haar wil zwanger te maken. Dit fenomeen, in de wetenschappelijke literatuur "dwang tot voortplanting" genoemd²⁵, is in ons land weinig bekend en wordt daarom onderschat.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Medisch personeel opleiden om tekenen van geweld te identificeren, zowel bij gewenste als bij ongewenste zwangerschappen.
- ⇒ Een diepgaande studie uitvoeren naar huiselijk geweld tegen vrouwen die een of meer VZA willen en/of hebben ondergaan en over het fenomeen "dwang tot voortplanting".

V.C. ZWANGERSCHAP EN ARBEIDSMARKT

Volgens een studie van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen - IEFH - die in 2017²⁶ werd gepubliceerd, werden 3 van de 4 vrouwelijke werknemers geconfronteerd met ten minste één vorm van discriminatie, vooroordelen, ongelijke behandeling en spanningen op het werk, op grond van hun zwangerschap of moederschap. 22 % van de zwangere werknemers werd direct gediscrimineerd en 69 % werd indirect gediscrimineerd. Deze onaanvaardbare situatie kan negatieve gevolgen hebben voor vrouwen die zwanger zijn en overwegen hun zwangerschap voort te zetten, ook al was de zwangerschap ongepland.

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Publieke bewustmakingscampagnes organiseren over discriminatie bij zwangerschap en het welzijn op de werkplek
- ⇒ Een onderzoek naar de prevalentie van VZA in verband met mogelijke risico's van discriminatie op het werk uitvoeren.

²⁴ <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccentue-3908112>

²⁵ Committee; Women, Underserved; Gynecologists, February (2013). "[Committee Opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion](#)". *Obstet Gynecol.* **121** (2 Pt 1): 411–5.
[doi:10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b](https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b), PMID 23344307.

En Chamberlain, Linda, and Rebecca Levenson. [Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion](#). San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 2010.

²⁶ <https://igvm-iefh.belgium.be/nl/publicaties/zwanger-aan-het-werk-de-ervaringen-van-sollicitanten-aan-het-werk-de-ervaringen-van-sollicitanten-werkneemsters-en-zelfstandige>

V.D. VZA EN HANDICAP/GEZONDHEID (DRUGS)

Volgens Women Enabled International vormen meisjes en vrouwen met een handicap een vijfde van de vrouwelijke wereldbevolking.²⁷ De rechten van personen met een handicap, met name vrouwen, blijven bedreigd voor wat hun seksuele en reproductieve rechten betreft.

Het Europees Gehandicaptenforum legt in een recente verklaring uit dat "seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten, met inbegrip van gynaecologische en verloskundige diensten, vaak niet toegankelijk zijn en dat er geen of zeer weinig technische ondersteuning en persoonlijke bijstand wordt geboden om de eerbiediging van de seksuele en reproductieve rechten te waarborgen."²⁸

België moet doeltreffende maatregelen nemen om vrouwen met een handicap in staat te stellen autonoom te beslissen over hun seksuele en reproductieve gezondheid en moet ervoor zorgen dat vrouwen toegang hebben tot feitelijke en onpartijdige informatie hierover. Het is ook essentieel dat dergelijke beslissingen vrij worden genomen en dat alle vrouwen, ook vrouwen met een handicap, worden beschermd tegen gedwongen abortus, anticonceptie of sterilisatie tegen hun wil of zonder hun geïnformeerde toestemming. Vrouwen mogen niet worden gestigmatiseerd omdat ze een VZA hebben ondergaan en mogen evenmin gedwongen worden een abortus of sterilisatie te ondergaan tegen hun wil of zonder hun geïnformeerde toestemming.²⁹

AANBEVELINGEN:

- ⇒ Een diepgaande studie uitvoeren met betrekking tot vrouwen met een handicap die een VZA willen en hebben ondergaan.
- ⇒ Een diepgaand onderzoek uitvoeren naar vrouwen met een handicap die hun zwangerschap willen uitdragen en dit tegen het advies van hun omgeving in hebben gedaan.
- ⇒ Zorgstructuren, van het telefonisch onthaal tot het fysiek onthaal, aanpassen om structuren waar VZA worden uitgevoerd beter toegankelijk te maken en hun communicatie verbeteren.
- ⇒ Meer aandacht voor socio-economische aspecten voor mensen met een handicap: de terugbetaling van alle zorgen met betrekking tot de handicap garanderen.

²⁷ Women Enabled International, Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls with Disabilities, <https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

²⁸ EDF, Position Paper on Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities (2019), <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>

VI: PRIORITAIRE AANBEVELINGEN

1. Verbetering van de toegankelijkheid van anticonceptie, met inbegrip van nood- en langdurige anticonceptie, en van de informatie over het gebruik ervan, door middel van regelmatige voorlichtingscampagnes van openbare diensten voor het grote publiek.
 2. Het verstrekken van noodanticonceptie zonder voorschrift door paramedisch personeel en vroedvrouwen toelaten
 3. De toegang tot anticonceptiemiddelen voor jongeren bevorderen door de morning-afterpil te verstrekken in de centra voor gezinsplanning (hierna "CGP") en in scholen, via de Centra voor Leerlingenbegeleiding (hierna "CLB"), die samenwerken met de diensten voor gezondheids promotie en gratis condoomautomaten plaatsen in scholen
 4. Informatie en activiteiten over het seksuele, relationele en emotionele leven promoten op school maar ook via referentiewebsites (vb. www.zanzu.be), om de kritische zin van jongeren te ontwikkelen, bijvoorbeeld met betrekking tot series die tienerzwangerschappen bagatelliseren.
 5. Een studie uitvoeren om gegevens in te zamelen over vrouwen die zwanger worden ondanks correct gebruik van een anticonceptiemiddel, aangezien deze informatie niet in de statistieken is opgenomen.
 6. Een duidelijk systeem van terugbetaling of rechtstreekse betaling door de sociale zekerheid invoeren, zodat de patiënt geen kosten hoeft te maken.
 7. Ervoor zorgen dat het RIZIV instaat voor de volledige terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen, evenals voor de aankoop en plaatsing van langdurige anticonceptiemiddelen, en niet de mutualiteiten, om verschillen in dekking te voorkomen.
 8. Ervoor zorgen dat het RIZIV voor de meest hulpbehoevende vrouwen de kosten van de consultatie en het anticonceptiemiddel en eerst en vooral langdurige anticonceptie rechtstreeks vergoedt (geen remgeld).
 9. Een officiële, specifieke en regelmatig bijgewerkte website ontwikkelen waarop alle nuttige informatie te vinden is, om vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap te helpen een geïnformeerde keuze te maken (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van beschikbare plaatsen voor een gesprek of om een VZA uit te voeren, enz.)
-

10. Voorzien in regelmatige voorlichtingscampagnes voor het grote publiek over ongeplande of ongewenste zwangerschappen en VZA en hiervoor gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen (pers, affiches, openbaar vervoer, radio, tv, internet, nieuwe media, sociale netwerken, ...)
11. Het onthaal en de aanpak inzake VZA in ziekenhuisinstellingen verbeteren en een specifieke nomenclatuurcode voor VZA opstellen. Momenteel worden de codes "curettage" gebruikt voor chirurgische abortussen en "consultatie en echografie" voor medicijnafbrekingen om financiering van het RIZIV te verkrijgen. Deze laatste vereisen echter bijna een halve dag toezicht door het medisch en paramedisch team.
12. Een psycholoog/maatschappelijk werker in de ziekenhuizen financieren voor het voeren van de psychologische gesprekken voor een VZA, die wettelijk verplicht zijn.
13. Een VZA-opleiding organiseren in de verschillende geneeskundefaciliteiten
14. De eigenheid van huisartsen die VZA uitvoeren in centra buiten ziekenhuizen erkennen.
15. De medische kosten voor zwangerschapsonderbreking en de anticonceptie na een VZA voor vrouwen die niet onder de sociale zekerheid vallen ten laste nemen.
16. Door administratieve vereenvoudiging, toegang tot medische noodhulp voor personen zonder verblijfsrecht toelaten.

BESLUITEN

Eerst en vooral wensen beide voorzitters van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking, de leden, die sinds eind 2018 zijn aangesteld, te bedanken voor hun inzet en het vakkundig werk dat ze hebben gepresteerd om in een korte tijdspanne deze 3 statistische verslagen met de bijhorende aanbevelingen te kunnen voorleggen aan de parlementsleden.

Bewust van hun legitieme verwachtingen, vroegen we de leden om het geplande tempo van de vergaderingen te versnellen, wat ze deden ondanks hun drukke professionele agenda's.

Wij willen ook onze dank betuigen aan de parlementsleden die het initiatief hebben genomen om de profielen te wijzigen van de kandidaten die in aanmerking komen voor de functie van lid van de Nationale Evaluatiecommissie (wet van 16.06.16). Het is door deze wet dat de commissie, na meer dan zes jaar onderbreking, niet alleen haar taken opnieuw kon opnemen, maar haar, door het toekennen van de nieuwe adviserende bevoegdheid, ook de mogelijkheid heeft gegeven om voor deze zeer specifieke wetgeving de nieuwe maatschappelijke uitdagingen aan te kaarten; een bevoegdheid die reeds zeer verhelderend is geweest en tot zeer concrete aanbevelingen heeft geleid.

Daarom beklemtonen wij de vraag die alle leden zich stellen, namelijk dat deze commissie in de toekomst beroep zou kunnen doen op deskundige steun van experts voor welbepaalde domeinen . Het zou voor de Commissie inderdaad nuttig zijn om niet alleen eventuele hulp te kunnen inroepen van statistici, sociologen en epidemiologen van de FOD Volksgezondheid, maar ook om over de mogelijkheid te kunnen beschikken om diezelfde FOD op te dragen, studies en opdrachten over specifieke onderwerpen te laten uitvoeren, zoals in onze aanbevelingen wordt aangegeven.

De Voorzitters,

Mario Van Essche en Sylvie Lausberg

MINDERHEIDSSTANDPUNT: NIET DOOR DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE
ONDERSTEUND STANDPUNT. STANDPUNT VAN DR. CH. KORTMANN

De hiernavolgende tekst is een persoonlijke overweging van dr. Chantal KORTMANN, plaatsvervangend lid van de commissie.

Een aantal elementen werden toegevoegd na de laatste vergadering, net voor de publicatie van voorliggend verslag en werden dan ook nog niet besproken door de commissie. In het kader van de vrijheid van meningsuiting heeft de commissie evenwel beslist haar opmerkingen integraal op te nemen, zij het dat wij benadrukken dat dit een minderheidsstandpunt betreft, dat de rest van de commissie niet deelt.

Aanbevelingen van mevrouw Chantal Kortmann

“Inleiding.

Deze nota kwam tot stand als onderdeel van het verslag van de abortuscommissie, vertrekkend van een andere visie. Het andere deel van het verslag is geschreven met een visie die abortus als een recht van de vrouw ziet en geen rekening wil houden met het recht op leven van het kind. Abortus is een problematiek waar bij uitstek deze twee rechten met elkaar in conflict gaan.

In het taalgebruik weigert men over een kind te spreken. Men refereert naar embryo of foetus, in plaats van bv “kind in ontwikkeling”. Hierdoor voert men een soort dehumanisering in, waardoor men de vraag kan ontwijken wanneer het ongeborn leven beschermwaardig is. Nieuwe inzichten tonen bv aan dat een kind vanaf de zwangerschapsleeftijd van 13 weken zeker zoiets als pijn kan ervaren. Toch wordt een kind van boven die zwangerschapsleeftijd, dat om medische redenen wordt geaborteerd, niet systematisch verdoofd. Men kan stellen dat hier art 3 van de EVRM wordt geschonden, waarbij er een verbod bestaat op foltering.

Ook kan men de vraag stellen of men niet ingaat tegen het VN verdrag inzake personen met een handicap, waarbij er geen discriminatie mag bestaan (artikel 5), aangezien men toelaat dat ook na 12 weken abortus om medische redenen mag worden uitgevoerd op gehandicapten tot een onbepaalde termijn, terwijl dit niet zo is voor gezonde kinderen.

Men gaat er ook van uit dat er een recht op abortus bestaat. Maar dit zogenaamde recht komt in conflict met de EVRM art. 2(1), met de UVRM art.3, en nog enkele andere internationale conventies, die supranationaal zijn.

I Contraceptie

1. Info en toegankelijkheid

Voor vrouwen (en ook mannen), die wensen om op een natuurlijke manier aan anticonceptie te doen, moet een betrouwbare symptothermale methode (in België bekend onder de naam Sensiplan®) beter bekend gemaakt worden. Deze methode wordt door de WHO als zeer betrouwbaar aangemerkt, maar is weinig bekend onder artsen, vroedvrouwen en paramedisch personeel. Hiertoe moet er ook een campagne worden opgezet om de betrouwbaarheid bekend te maken en in de opleidingen voor medisch en paramedisch personeel moet Sensiplan® als volwaardig natuurlijk alternatief worden opgenomen.

Men moet ook duidelijk maken dat bepaalde zogenaamde voorbehoedsmiddelen een aborterende werking hebben, zoals bv de IUD's (spiraaltje): zij verhinderen de innesteling van een kind van 6 dagen oud. De enige noodanticonceptie die bewezen werkzaam is, is dan ook het nood-IUD, omdat het een vroege abortus veroorzaakt.

2. Kosten en terugbetaling

Een consultatiereeks, gegeven door erkende Sensiplan-consulenten om Sensiplan® te leren, moet toegevoegd worden aan de lijst van terugbetaalde anticonceptiva tot 25 jaar. Het is een discriminatie voor jonge vrouwen, die om medische of andere redenen geen kunstmatige middelen kunnen of wensen te gebruiken, dat zij in hun keuzevrijheid belemmerd worden door de kosten van een cursus Sensiplan®. Dit alles veronderstelt dat ook de kosten voor de opleiding van consulenten en de permanente kwaliteitscontrole worden vergoed.

3. Grote publiek

Op school moet men in de RSV- lessen (relationele en seksuele voorlichting) meer oog hebben voor de opbouw naar duurzame en veilige relaties en voor de betrouwbaarheid van de verschillende vormen van anticonceptie. Naast objectieve informatie over de reële betrouwbaarheid van pil, condoom en IUD, moet ook de zeer goede betrouwbaarheid van de symptothermale methode worden uitgelegd. Hiertoe moeten de handboeken van biologie worden aangepast.

Er moet voor worden gewaakt dat leerlingen zowel de prochoice- als de prolife-visie op zwangerschap wordt aangeboden, zodat ze hun eigen gefundeerde keuze kunnen maken.

II Onthaal Introductie

In officieuze contacten met abortusproviders blijkt dat men niet altijd de wet volgt. De termijn van 6 dagen wordt niet overal gerespecteerd. Als men overtuigd is dat de vrouw zeker van haar stuk is, durft men die termijn in te korten, soms ook onder druk.

De uitgebreide informatieplicht omtrent alternatieven, wordt geregeld overgeslagen, omdat men van mening is dat geen enkele vrouw bereid is om met een dikke buik rond te lopen en de zwangerschap uit te dragen. Dat zou al even erg zijn als het kind krijgen. Men vreest o.a. de mogelijke reacties van de buitenwereld, als je het echt kan zien.

Ook op websites van abortuscentra wordt met geen woord over de beschikbare alternatieven gesproken, noch wordt er aangegeven dat hierover zal worden gesproken bij het eerste consult, hetgeen een voorwaarde voor Riziv-terugbetaling is.

A. In de ziekenhuizen

1. Onthaal eerste lijn.

In de ziekenhuizen is er meestal geen specifiek personeel voorzien om mensen met een vraag naar abortus telefonisch te onthalen

2. Onthaal op de dienst

De wet voorziet dat een abortus alleen legaal kan worden uitgevoerd indien ze plaats heeft in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden.

Momenteel zijn er geen middelen voorzien om een voorlichtingsdienst uit te bouwen in de ziekenhuizen en bijgevolg is dit dan ook niet overal geregeld. Men ervaart op het terrein zeker de noodzaak hiervan, maar zelfs dan kunnen/willen ziekenhuizen hierin niet altijd voorzien.

B. In de centra

1. Onthaal eerste lijn

Zeer regelmatig beslist de telefonist(e) aan het onthaal of een vrouw al zeker is van haar beslissing om abortus te doen. Indien zij oordeelt dat de vrouw zeker is, dan wordt aan deze vrouw geen wettelijke uitleg gegeven over alle mogelijke alternatieven van financiële voordelen allerhande voor de ondersteuning van de gezinnen, over steungezinnen tot adoptiemogelijkheden, aangezien men oordeelt dat dit de vrouw nodeloos belast. De verantwoordelijkheid die men geeft aan de telefonist(e) is niet wettelijk ondersteund en ook de voorwaarden voor terugbetaling door het Riziv worden op deze manier niet nageleefd... De vrouw in een moeilijke situatie wordt waardevolle informatie ontzegd, die ze niet mee kan nemen in haar verplichte 6 dagen bedenktijd.

2. Onthaal op de dienst

In het gesprek met de arts, dat volgens de overeenkomst met het Riziv 30 minuten moet duren, moeten wettelijk alle alternatieven worden besproken, maar volgens LUNA wordt er bij het medisch onderzoek een echo gedaan, de medische voorgeschiedenis besproken en medische vragen over anticonceptie beantwoord. Enkel bij uitgesproken twijfel wordt een extra gesprek voorzien.

Het registratieformulier wordt meestal door de sociale assistent in het centrum ingevuld.

Er is ook geen enkele weerslag over de uitleg van alternatieven in het eerste gesprek te vinden op het registratieformulier, aangezien men dit om ideologische redenen in de commissie niet heeft weerhouden

De patiëntenrechtenwet eist een non-judgement counseling door de arts en informatie over alle mogelijke alternatieven voor de abortus, ook moeten alle mogelijke gevolgen van een abortus worden verteld op korte termijn, maar ook op langere termijn, en deze informatie mag niet ideologisch gekleurd zijn.

Momenteel is er geen controle ter plaatse mogelijk om te zien of men de wet naleeft, maar eigen publicaties van de abortuscentra tonen aan dat men zich hier voor wat betreft de bespreking in extenso van de alternatieven voor abortus niet houdt aan de wettelijke bepalingen, noch aan de bepalingen die zijn overeengekomen met het Riziv.

3. Na de abortus

Er is geen systematische registratie van bijwerkingen na een abortus. De enige registratie is deze die verschijnt op het registratieformulier van de abortuscommissie en dit wordt al na enkel uren verzonden. Bloedingen, onvruchtbaarheid, psychische problemen, psychiatrische complicaties,... die achteraf komen, worden niet systematisch geregistreerd. We varen volledig blind wat dat betreft. Volgens de abortuscentra komt ook maximum 20% van de vrouwen terug voor een naconsult. Onderzoek is zeer moeilijk omdat vrouwen de ervaring van de abortus graag snel achter zich laten.

Toch is er een relatief grote groep vrouwen die repeat abortussen doen. Ook over deze groep moet meer onderzoek worden gedaan.

III Vorming

Wettelijk gezien kan geen arts, verpleger of verpleegster, noch een lid van het paramedisch personeel gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking (abortuswet van 15 oktober 2018). Toch is het zo dat assistenten gynaecologie aan de universiteiten van de VUB en de ULB en ook in Luik, verplicht abortussen moeten uitvoeren.

De mening heerst dat men dan maar beter geen gynaecoloog moet worden als men geen abortussen wil doen.

Ondanks deze verplichte opleiding om abortussen te doen, kan men nog steeds onvoldoende artsen vinden die bereid zijn om met abortus hun brood te verdienen. Blijkbaar blijft abortus een ingreep die artsen niet graag doen.

IV Registratie

Abortussen en abortus om medische redenen:

Wanneer bij een test een risico op een afwijking wordt gevonden, zou men meer inspanningen moeten doen om na te gaan of de resultaten niet vals positief zijn.

Na een abortus om medische redenen zou er een anatomopathologisch verslag moeten worden gemaakt om te zien of het kind inderdaad aan de pathologie leed waarvoor het is geaborteerd. De medicolegale druk om te aborteren mag niet leiden tot meer en meer vals positieve diagnoses, waarbij de arts geen vervolging riskeert als hij/zij een gezond kind aborteert, maar wel als een kind geboren wordt dat aan een handicap leidt.

Men zou kunnen opvolgen of er bij bepaalde artsen meer vals-positieven voorkomen dan bij andere om zo een profiel van de arts te kunnen opstellen (zoals het voorschrijffprofiel van artsen) en eventueel te sanctioneren, wanneer er abnormaal veel vals positieven voorkomen.

Men moet ervoor waken dat de praktijk van de eugenetica teruggedrongen wordt. Vandaag doet men reeds embryoselectie voor genetische aanleg van ziektes die pas op veel latere leeftijd, in de volwassenheid, een kans hebben om tot uitdrukking te komen. Men moet zich hierbij ernstige vragen durven stellen. Embryoselectie op basis van genetische eigenschappen is eugenetica. Op dezelfde manier is foetale selectie op basis van mogelijke genetische aandoeningen als een vorm van eugenetica te zien.

V Specifieke aanbevelingen

Inleiding

1. Zwakkere socio-economische status

De begeleiding van zwangeren in een moeilijke en socio-economisch zwakkere situatie moet verbeteren, zodat zij niet langer door hun situatie gedwongen zijn om abortus te laten uitvoeren. Deze begeleiding moet ook toegankelijker worden en beter bekend, zodat een vrouw die door een zwangerschap in paniek raakt en vol zorgen, gerustgesteld kan worden en voldoende financiële middelen krijgt om haar kind te laten opgroeien.

2. Abortus en geweld

Men moet meer inspanningen doen om vrouwen te steunen die onder druk staan om te aborteren door hun familie, partner of anderen. Uit veel getuigenissen blijkt dat sommige vrouwen hun kind graag wilden houden, maar gedwongen werden om abortus te doen en de psychologische gevolgen daarvan soms tientallen jaren meedragen. De centra voor integrale gezinszorg (CIG) moeten beter bekend gemaakt worden, zodat deze vrouwen de weg vinden naar daadwerkelijke steun.

3. Abortus en werk

Er is een verontrustende trend waarbij werkgevers steeds minder tolerant zijn naar werknemers die zwanger zijn. Er moet een veel betere bescherming komen voor vrouwen die een carrière wensen te combineren met kinderen. Bedrijven en werkgevers moeten positief gestimuleerd worden om open te staan voor zwangeren en jonge moeders.

Er zijn hierin reeds hoopvolle signalen, waarbij bedrijven die moeilijk gespecialiseerd personeel vinden juist de stap hebben gezet om hun werknemers bij zwangerschap meer verlof te geven, vanuit de filosofie dat een gelukkige werknemer beter werkt en ook graag blijft werken.

Anderzijds moet er ook meer keuzevrijheid zijn voor moeders die bij hun jonge kinderen willen blijven. Er moet meer werk gemaakt worden van een facultatieve uitbreiding van moederschapsverlof, want er zijn schrijnende situaties waarbij moeders hun kindje van amper 2 maanden oud al naar de voltijdse opvang moeten doen, omdat ze wegens medische redenen op rust werden gesteld voor de bevalling. De druk om zo snel weer te moeten gaan werken werkt postnatale depressies in de hand en dit is een gevaar voor het jonge kind en de moeder.

Deze werkomstandigheden kunnen een reden zijn waarom een vrouw besluit om abortus te doen, omdat ze zich onvoldoende veilig weet om de zwangerschap voort te zetten.

4. Abortus en handicap/gezondheid

Vrouwen die te horen krijgen dat het kindje dat ze dragen mogelijk een handicap heeft of gezondheidsproblemen zal hebben, moeten zich vrijer kunnen voelen om toch voor dit leven te kiezen. Er moet een actief beleid zijn tegenover utilitaristische en eugenetische tendenzen, waarbij het leven van een gehandicapte persoon als minderwaardig wordt beschouwd.

Het vroeg opsporen van afwijkingen zou tot doel moeten hebben om vroeger in te grijpen of operaties te plannen om het leven van een gehandicapte medemens zo vroeg en zo goed mogelijk te laten ontwikkelen.

De tendens om steeds meer afwijkingen op te sporen en hiervoor ook abortus om medische redenen te doen, kan een gevoel van discriminatie geven bij gehandicapte mensen, die wel leven met die afwijking en hun leven zo gelukkig mogelijk leven en een meerwaarde betekenen voor de mensen in hun omgeving.

5. Abortus en het aanvankelijk gewenste kind

Men moet zich er meer van bewust worden dat veel van de abortussen waarbij aangegeven werd dat er geen anticonceptie werd gebruikt in feite gewenste kinderen waren. Er zijn schattingen die aangeven dat dit om 80% of meer van de vrouwen gaat die aangeven geen anticonceptie te hebben genomen. Het meest schrijnende voorbeeld hiervan zijn de kinderen die door IVF zijn ontstaan en toch worden geaborteerd.

De promotie van anticonceptie is dus niet geschikt om voor deze doelgroep het aantal abortussen te laten dalen.

Misschien is het interessant om deze doelgroep meer specifiek te benaderen en te kijken of zij bereid zouden kunnen worden gevonden om adoptie te overwegen en hun kind, dat aanvankelijk gewenst was, toch een toekomst te geven.

Bij de adoptiediensten worden vrouwen begeleid en er blijkt dat uiteindelijk maar zo'n 25% ook werkelijk doorgaat met de adoptie, de anderen worden zelf moeder van hun kind. Een ongewenst kind evolueert dan naar een gewenst kind.

6. Abortus en de vergrijzing

Een zwangerschap op 6 eindigt in een abortus, terwijl wij een duidelijk geboortetekort hebben. Na een kleine piek rond 2012 is er weer een grote daling ingezet in het aantal geboortes, met dreigende sluiting van materniteiten tot gevolg. Zelfs wanneer alle kinderen waarvoor hun moeder abortus overweegt, toch geboren zouden worden, dan nog zou er een tekort aan geboortes zijn. De overheid moet dringend meer werk maken van een kind- en gezinsvriendelijk beleid. Vast en goed betaald werk creëert ideale omstandigheden om veilig een groter gezin te kunnen hebben. In plaats van een economie waar de mens zich flexibel aan moet aanpassen, moet de economie opnieuw ten dienste van de bevolking staan, zodat er voldoende welvaart is om gezinnen te laten floreren.

VI Evolutie van de commissie

De commissie bestaat uit experts met een grote wetenschappelijke en academische bagage, maar hun engagementen zijn niet bezoldigd. Naast het administratief personeel, is het aanwerven van een specialist in databeheer noodzakelijk om statistisch juistere conclusies te trekken uit alle registraties, om zodoende vanuit de commissie met een wetenschappelijk

verantwoord verslag te komen. Ook moet de uitwisseling van data met bv het Riziv veel vlotter verlopen. Het Riziv moet ook worden aangemoedigd om zelf met een rapport naar buiten te komen over de abortuscijfers die bij hen bekend zijn.

VII Beter uitbouw van de alternatieven

1. Keuzevrijheid garanderen

A. In de centra

Er moet beter worden gewaakt over de geïnformeerde keuze die een vrouw kan maken i.v.m. wel of geen abortus. In de centra krijgt de vrouw informatie over het verloop van de abortus en het beter gebruik van anticonceptie. Op basis van de expertise van de telefoniste krijgen vrouwen die zeker zouden zijn van hun keuze verder geen informatie over de alternatieven, om hen niet nodeloos te belasten. Men zegt dat elke noodsituatie een goede reden is om een abortus te doen. Hierdoor neemt men in te veel gevallen geen tijd om zich te verdiepen in de onderliggende problemen van de vrouw en of daar een andere oplossing voor te vinden is. Men beschouwt in feite het kind als het probleem.

Er is nog steeds de wettelijke vereiste om aan elke vrouw alle alternatieven in extenso uit te leggen en in een gesprek met de arts moet de arts tot het besluit komen dat de vrouw vastberaden is. In de praktijk, volgens de website van Luna, krijgt de vrouw een echo, wordt haar medische voorgeschiedenis besproken en worden vragen rond anticonceptie besproken. Er wordt gezegd dat bij twijfel een extra gesprek kan worden ingelast. Vaak zit een vrouw echter in een panieksituatie waarbij ze geen enkele andere uitweg ziet en duwt ze zelf alle twijfel weg, hoewel ze eigenlijk geen abortus wil. Door dan het gesprek over alternatieven uit te sluiten, kan de onderliggende twijfel niet naar boven komen.

Er wordt door de centra zelf aangegeven dat sommige vrouwen onder druk staan om te aborteren, bv door de partner of door ouders. In deze situaties zou een actief doorwijsbeleid moeten bestaan bij de centra naar organisaties die eerder een prolife-visie hebben. Ook deze centra respecteren de keuzevrijheid van de vrouw, maar kunnen de alternatieven meer concreet uitwerken, zodat een vrouw zicht krijgt op haar concrete opties. Concreet kan men in dit geval naar Nederland kijken waar abortuscentra nauw samenwerken met bv Siriz, een pro-life organisatie. In Vlaanderen is JIL hiervan een zusterorganisatie. In Vlaanderen werkt men soms samen met Fara, maar deze organisatie heeft geen echt pro-life standpunt.

B. In het ziekenhuis bij een abortus om medische redenen

Vrouwen die een kind verwachten waarbij blijkt dat er (kans op) een afwijking is, zouden beter moeten worden geïnformeerd over het leven met deze afwijking. Nu ervaren veel vrouwen een druk vanuit de geneesheer om te aborteren. Omwille van de mogelijke medicolegale gevolgen, wanneer de geneesheer een afwijking zou missen, is men zeer beducht en gaat de informatie erg negatief worden voorgesteld. Er werden al meerdere artsen veroordeeld tot het betalen van de kosten in het leven van een gehandicapte persoon. Het is uiterst moeilijk om bij de echografische of andere bevindingen van een afwijking de werkelijke toedracht in te schatten. Het volmaakte kind garanderen is een illusie. Elke vorm van behandeling op voorhand uitsluiten is discriminerend t.o.v. de mens met een handicap.

Voor niet levensvatbaar verklaarde kinderen, bestaat er ook een grote druk om te aborteren, terwijl in het omgaan met het verlies ook gevoelens kunnen bestaan om het kindje zo lang mogelijk bij zich te willen houden en te laten leven. Men zou daar meer oog voor moeten hebben en abortus niet als de normale oplossing moeten voor ogen hebben. In de cursussen van artsen in opleiding wordt abortus als therapie voorgesteld in geval van afwijkingen. Maar de gevolgen voor de moeder zijn soms zeer zwaar: doordat ze haar kind zelf heeft laten sterven, komen er soms schuldgevoelens naar boven, die een normale rouw in de weg staan en oorzaak kunnen zijn van al dan niet zware psychiatrische problemen.

1. Non-judgment counseling

Artsen mogen niet vooringenomen zijn. Zelfs wanneer zij zelf abortus de beste oplossing vinden, moeten zij extra focussen op de alternatieven om de vrije keuze te garanderen.

De vijandige sfeer die er bestaat tussen abortuscentra en mensen met een pro-life visie zou moeten verdwijnen. Integendeel zouden vrouwen beide zijden van het verhaal moeten kunnen horen om een doordachte keuze te kunnen maken. Vandaag heerst er een paternalistische visie, alsof vrouwen zouden moeten worden beschermd tegen deze organisaties, waarbij men er niet voor terugdeinst om de eigen "pro choice" waarheid als enige waarheid te zien. Vrouwen die voor een belangrijke keuze als abortus staan, hebben juist nood aan volledige informatie, zoals de wetgever tot op heden ook erkent.

Te veel vrouwen ondervinden zware psychische of psychiatrische gevolgen na een abortus, omdat ze onvoldoende geïnformeerd waren.

Er wordt steeds een echo gedaan, maar de vrouw krijgt deze echo niet te zien. Als ze achteraf beelden ziet van kindjes van dezelfde leeftijd als waarop

bij haar een abortus is gebeurd, kan dit traumatisch zijn, omdat ze zich realiseert dat het geen foetale hoop cellen was, maar een volledig gevormd kind. Dit is misleiding van vrouwen, waarbij de arts oordeelt dat bepaalde informatie moet worden achtergehouden. Dit kan zware gevolgen hebben voor een vrouw achteraf.

2. Meer onderzoek nodig naar gevolgen van abortus

Internationaal wordt aanvaard dat ongeveer 10% van de vrouwen die een abortus ondergaan daar psychische of psychiatrische gevolgen van dragen. Wanneer men abortus als therapie beschouwt, is dit een zeer hoog risico op een ongewenste bijwerking.

Er zou meer onderzoek moeten worden gedaan naar de voorspellende factoren, onder welke omstandigheden het risico verhoogd is, om te weten in welke gevallen een abortus eigenlijk gecontra-indiceerd is.

3. Opvang voor moeders verder uitbouwen

Er zou meer bekendheid moeten worden gegeven aan de CIG's (Centra voor Integrale Gezinszorg), die vrouwen adequaat kunnen ondersteunen in het geval het erg moeilijk is voor hen om met een baby verder te gaan. Vaak is er ook onderliggende problematiek die in zo'n centrum mee kan worden aangepakt. De CIG's moeten ook een eerstelijnsfunctie kunnen blijven opnemen, zodat er een lagere drempel is om hier hulp te vinden.

De adoptiediensten zijn gecentraliseerd in ons land, maar zij moeten beter bekend gemaakt worden. Wanneer adoptie als meer positief wordt voorgesteld zijn er vrouwen die hun kind deze toekomst willen geven en zo kinderloze echtparen meer kans geven om via binnenlandse adoptie een kind te ontvangen.

Er zijn talloze lokale of gemeentelijke initiatieven die gezinnen die het moeilijk hebben ondersteunen. Ouders moeten de weg naar die initiatieven beter vinden.

Gezinnen moeten financieel beter ondersteund worden om ook niet in een situatie te komen waarbij het krijgen van een kind je in financiële problemen brengt.

Er moeten betere samenwerkingsverbanden komen tussen de abortuscentra en adoptiediensten, CIG's, en prolife-organisaties. Vrouwen moeten een echte keuze hebben.

4. Organisaties steunen die zich bekommeren om vrouwen die twijfels hebben over hun abortuskeuze.

Momenteel heerst er een klimaat waarbij de prolife stem wordt weggeduwd. Het kan niet zijn dat men in een democratische samenleving maar één waarheid naar voren schuift. Voor sommige vrouwen kan een dergelijke organisatie een meerwaarde betekenen. De keuze voor abortus is zeer goed geregeld en gegarandeerd. Maar de organisaties die zich bezighouden met opvang van vrouwen met twijfels zijn vaak vrijwilligersorganisaties, die de nodige middelen worden ontzegd.

Er moet een actief beleid komen om prolife-organisaties beter financieel te ondersteunen, zonder dat ze daarbij hun prolife-visie moeten opgeven of op zwarte lijsten worden gezet.

VIII Andere financiering van de abortuscentra.

Vandaag gebeurt de financiering van de abortuscentra door een betaling per prestatie vanuit een overeenkomst met het Riziv. In deze overeenkomst wordt er 189,94 euro betaald voor het eerste gesprek en nog eens 281,96 euro wanneer de abortus ook effectief wordt uitgevoerd. Dit geld wordt aan de centra betaald en deze centra moeten 85% hiervan gebruiken voor het betalen van het personeel. De overige 15% zijn werkingskosten.

Er wordt door de centra geklaagd dat er bepaalde vrouwen zijn die niet willen dat hun ziekenfonds weet heeft van het feit dat zij een abortus ondergaan of die geen ziekenfonds hebben en bv op straat even waardoor zij zelfs geen bestaansmiddelen kunnen krijgen van het OCMW. Dit zijn vrouwen die soms het geld niet hebben om de abortus te betalen. Aan hen wordt een bedrag van 200 euro gevraagd. In sommige ziekenhuizen vraagt men soms een bedrag van 850 euro. Het Riziv betaalt 470 euro terug.

Men moet overwegen om de financiering volgens een enveloppe te doen, waarbij artsen en ander personeel volgens een vast bedrag per uur betaald worden en er een vast bedrag voor de infrastructuur kan worden voorzien. Hierdoor kan het probleem van onderbetaling bij niet-verzekerde vrouwen worden opgelost en zijn de centra veel vrijer om door te verwijzen naar pro-life organisaties, in het belang van een aantal vrouwen. Ook kan er op die manier een betere controle plaatsvinden door de overheid.

Conclusies

Abortus is geen afdwingbaar recht. De gewetensvrijheid van artsen, medisch en paramedisch personeel moet beter beschermd worden. In de opleiding gynaecologie/verpleegkunde mag men niet verplicht worden om abortussen uit te voeren.

De Sensiplan® methode moet beter bekend gemaakt worden als een vorm van anticonceptie die zowel de man als de vrouw samen verantwoordelijkheid voor de vruchtbaarheid geeft. Een consultatiereeks, gegeven door erkende Sensiplan-consulenten om Sensiplan® te leren, moet toegevoegd worden aan de lijst van terugbetaalde anticonceptiva tot 25 jaar. Ook de kosten voor de opleiding van consulenten en de permanente kwaliteitscontrole moet worden vergoed.

De pro-life visie moet meer gehoord worden en niet worden weggedrukt als een minderwaardige mening. Er moeten meer maatregelen komen om gezinnen aan te moedigen om het hebben van kinderen als positief te ervaren. Betere werkomstandigheden en verloning moeten worden aangemoedigd, zodat gezinnen niet aan welvaart moeten inboeten.

Er moet een betere controle komen op de centra en de ziekenhuizen om de wet op abortus na te leven, meer bepaald het aanbieden van alternatieven en het respecteren van de wachttijd. Nu zijn de contacten met bv het adoptiecentrum zeer schaars, terwijl wettelijk is voorzien dat dit als een alternatief moet worden aangeboden.

Er moeten betere contacten komen tussen pro-life groepen en de abortuscentra, zoals in Nederland. Nu heerst er vijandigheid, dat komt de zorg voor een zwangere vrouw in nood niet ten goede. Er moet meer zorg komen om de minimaal 10% vrouwen die nu spijt hebben na een abortus, op voorhand te detecteren, zodat ze geen abortus ondergaan. Nauwe samenwerking met pro-life groepen zijn hier heel verrijkend.

De opvang voor moeders in nood moet verbeteren, zodat vrouwen die omwille van financiële of sociale redenen een abortus overwegen, deze keuze niet meer hoeven te maken. Abortuscentra moeten dit faciliteren.

Abortus om medische redenen mag geen eugenetica worden. Prenatale testen moeten vooral dienen om afwijkingen snel op te sporen om adequaat aangepaste therapieën voor het kind te kunnen opstarten, en niet om enkel perfecte kinderen ter wereld te laten komen. De angst voor het gehandicapte leven moet worden teruggedrongen en de waarde van de gehandicapte medemens moet worden gerehabiliteerd.”

Nationale commissie voor de evaluatie
van de wet van 3 april 1990
betreffende de zwangerschapsafbreking

Secretariaat

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Lokaal 07C 034 (7^{de} verdieping)

Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel

Tel.: 02/524 92.60/59

<http://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/vrijwillige-zwangerschapsonderbreking>
