

Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking

# **Studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk in België**

Academisch rapport op verzoek van de “Vivaldi” meerderheid  
op federaal niveau

**Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking**

**April 2023**

**Leden**

Patrick Emonts	ULg
Yvon Englert	ULB (Co-Président)
Martin Hiele	KUL
Yves Jacquemyn	UA
Luc Roegiers	UCL
Kristien Roelens	UG (Covoorzitster)
Anne Verougstraete	VUB

**Academische ondersteuning**

Aurélie Aromatario  
Fien De Meyer

**Administratieve ondersteuning**

Vlaams Interuniversitaire Raad (VLIR)

Citeren van dit rapport: **Wetenschappelijk Comité ter evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België. Studie en evaluatie van de abortuswet- en praktijk in België. April 2023.**

## Afkortingen en terminologie

**Abortus/Zwangerschapsafbreking:** In dit rapport worden ‘abortus’ en ‘zwangerschapsafbreking’ als synoniemen gebruikt, waarmee wordt bedoeld het intentioneel beëindigen van een zwangerschap die de dood van het embryo/de foetus veroorzaakt, hetzij door middel van medicatie, hetzij door een chirurgische ingreep. De notie van intentionaliteit heeft als doel de abortushandeling te onderscheiden van een spontane miskraam.

**Medische (abortus):** De term ‘medische’ abortus wordt in dit rapport gebruikt om te verwijzen naar de beslissing om een doorgaans gewenste zwangerschap af te breken op grond van een of meer ernstige medische aandoeningen bij de foetus of de zwangere vrouw. Het moet niet worden verward met medicamenteuze abortus, wat verwijst naar de tweede-lijke medicinale methode om een zwangerschap te beëindigen.

**Abortus op verzoek / electieve abortus:** De term abortus op verzoek / electieve abortus wordt in dit rapport gebruikt om te verwijzen naar een zwangerschapsafbreking op vraag van de zwangere vrouw waarvoor de wet geen specifieke motivering of rechtvaardiging vereist.

**Vrouw/Vrouwen:** Wanneer de term vrouw/vrouwen in dit rapport wordt gebruikt, beoogt het Wetenschappelijk Comité elke persoon te includeren die zwanger kan worden. Het Comité erkent dat niet elke persoon die deze capaciteit heeft en/of die een abortus verzoekt een vrouw is.

**Het Wetenschappelijk Comité:** Het Wetenschappelijk Comité dat de abortuswet en -praktijk evalueert, is samengesteld uit vertegenwoordigers die zijn aangesteld door de 7 universiteiten die de complete opleiding geneeskunde aanbieden. Samen vormen ze een onafhankelijk wetenschappelijk comité dat de verantwoordelijkheid heeft om het evaluatieproces van de wet en de praktijk van abortus in België te sturen. Het Wetenschappelijk Comité wordt geïnfomeerd door vier multidisciplinaire, thematische werkgroepen.

**Werkgroepen (WG's):** Het Wetenschappelijk Comité heeft het onderzoekswerk en de debatten verdeeld over 4 multidisciplinaire, thematische werkgroepen. De werkgroepen behandelden de volgende thema's: WG1) Huidige werking en mogelijke procedures in centra en ziekenhuizen met betrekking tot zwan-

gerschapsafbreking om psychosociale redenen binnen de huidige termijn, inclusief problemen in verband met preventie en opvolging; WG2) Zwangerschapsafbreking om medische redenen; WG3) De kwestie van de behandeling van een zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen na 12 weken, onder meer door middel van internationale vergelijking; WG4) De wetgeving betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking: ethiek en recht.

**Wet VZA:** Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking

**Medicamenteuze abortus** wordt gedefinieerd als het gebruik van (doorgaans een combinatie van twee) soorten medicijnen die een zwangerschapsafbreking veroorzaken, zonder de nood aan chirurgie, instrumenten of algehele anesthesie.

**Chirurgische abortus** wordt gedefinieerd als de instrumentele evacuatie van de baarmoeder, waarbij de baarmoederhals wordt verweekt en gedilateerd en de foetale delen en placenta vervolgens worden verwijderd door middel van vacuümaspiratie met behulp van een afzuigapparaat en/of door extractie met een tang (ook bekend als ‘dilatatie en evacuatie’).

**Zwangerschapsduur** kan worden uitgedrukt in weken zwangerschap vanaf de bevruchting of weken vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Algemeen wordt aangenomen dat de bevruchting ongeveer 14 dagen na het begin van de eerste dag van de laatste menstruatie plaatsvindt. Om onduidelijkheid te voorkomen wordt de zwangerschapsduur in dit rapport doorgaans uitgedrukt in weken na de bevruchting, wat overeenstemt met de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, occasioneel gevolgd door de leeftijd vanaf de laatste menstruatie tussen haakjes.

Voorbeeld: 12 weken zwangerschap PC (14 WA)

**WA:** (zwangerschapsduur op basis van) weken amenorroe

**PC:** post-conceptie / na de bevruchting

**VLIR:** Vlaamse Interuniversitaire Raad

**Abortuscentrum:** ambulante instelling die abortussen uitvoert

**NIPT:** niet-invasieve prenatale test

## Boodschap van de Covoorzitters

Dit rapport belicht de conclusies van een jaar werk door een groep academische experts aangesteld door de rectoren van de 7 Belgische universiteiten die een volledige medische opleiding aanbieden, op verzoek van de federale meerderheid “Vivaldi”.

Deze groep van experts werd bijgestaan door 28 collega's verdeeld in 4 werkgroepen en door twee academische medewerkers, met respect voor multidisciplinariteit, genderevenwicht en de twee voornaamste nationale gemeenschappen. Mogen ze hartelijk worden bedankt.

Dit is een uitzonderlijke bijdrage van de academische wereld aan een zeer gevoelig maatschappelijk onderwerp waar fundamentele waarden botsen die we allemaal in ons dragen tot op een zekere hoogte. De expertengroep was zich hiervan bewust, zoals het zich bewust was van de grote evolutie van de plaats van de vrouw in de samenleving van vandaag.

In 30 jaar zijn de problematiek en de samenleving ingrijpend veranderd en wij waarderen dat de federale meerderheid ons de kans gaf om dit te bestuderen. We willen de federale meerderheid bedanken voor het vertrouwen dat in ons werd gesteld.

Brussel, april 2023

Kristien Roelens    Yvon Englert

Covoorzitters

## Inhoudstafel

<b>1</b>	<b>Samenvatting</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>Analyse van abortuswetgeving</b>	<b>49</b>
1.1	Achtergrond en methodologie	8	3.1	De Belgische Wet betreffende de (vrijwillige) zwangerschapsafbreking 1990/2018	50
1.2	Hoe kunnen we de huidige aandacht voor het vraagstuk van vrijwillige zwangerschapsafbreking en het verzoek vanuit de politieke wereld interpreteren?	10	3.1.1	Geschiedenis en structuur	50
1.3	Korte presentatie van de stand van de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking en de huidige praktijk in België	11	3.1.2	Voornaamste terminologie: ‘vruchtafdrijving’/‘avortement’ - ‘vrijwillig’ - ‘zwangerschapsafbreking’	51
1.4	Aanbevelingen met toelichting van het wetenschappelijk comité	13	3.1.3	Voorwaarden voor rechtmatige vrijwillige zwangerschapsafbreking	56
1.4.1	Preventie van ongewenste zwangerschappen en een zo vroeg mogelijke zwangerschapsafbreking	13	3.1.4	Weigering tot medewerking en verplichte doorverwijzing	71
1.4.2	Onderbrenging van vrijwillige zwangerschapsafbreking in wetgeving met betrekking tot gezondheidszorg	15	3.1.5	Strafsancties bij onrechtmatige vrijwillige zwangerschapsafbreking	73
1.4.3	Zwangerschapsafbreking uitsluitend op verzoek van de vrouw	16	3.1.6	Het misdrijf van verhindering van de toegang tot een instelling voor gezondheidszorg die zwangerschapsafbrekingen uitvoert	74
1.4.4	De uitbreiding van de toelaatbaarheid van vrijwillige zwangerschapsafbreking na 12 weken PC (14 WA)	19	3.1.7	Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet betreffende de zwangerschapsafbreking	75
1.4.5	Toegang tot abortus op financieel vlak	24	3.2	Abortus vanuit mensenrechtelijk perspectief	77
1.4.6	Zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie	25	3.2.1	Recht op leven	77
1.4.7	De kwestie van zorgverleners, een sleutelelement in de toepassing van de wet	28	3.2.2	Recht op eerbiediging van het privéleven	78
1.4.8	Registratie, gegevensverzameling en de rol van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking	29	3.3	Abortus en grondwettelijk recht	82
1.4.9	Structuur en terminologie van de wet	30	3.4	Mogelijke hervormingen in verband met de juridische status van abortus	84
1.4.10	De strafsancties	30	3.4.1	De kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg	84
1.4.11	Communicatie en voorlichting over abortus	31	3.4.2	Decriminalisering van vrijwillige abortus	89
1.4.12	Confidentialiteit van zorgverlening rond abortus	31	3.4.3	Grondwettelijke verankering van het recht op abortus	97
1.4.13	Abortus en de grondwet	32	<b>4</b>	<b>Analyse van ethische principes en beleidsargumenten in abortusdebatten</b>	<b>104</b>
	Conclusie	33	4.1	Fundamentele ethische principes en uitdagingen in abortusdebatten	104
	Dankwoord	34	4.1.1	Autonomie, gelijkheid, burgerschap en reproductieve rechtvaardigheid	104
<b>2</b>	<b>Historische en maatschappelijke achtergrond van abortus</b>	<b>36</b>	4.1.2	Morele status van het embryo/de foetus	106
2.1	De woelige intrede van het debat rond voortplanting in de 20e eeuw	38	4.1.3	Pijnperceptie bij de foetus	106
2.2	De kwestie van volksgezondheid en de strijd tegen illegale abortus	40	4.1.4	Levensvatbaarheid van de foetus	110
2.3	Historische en politiek-maatschappelijke evolutie van de feministische aanspraak op het recht op abortus sinds 1970	43	4.1.5	Selectieve abortus op basis van geslacht	114
2.3.1	Feministische grondslagen van de eis voor het recht op abortus en nationale initiatieven in België en in de buurlanden	43	4.2	Typologie van argumenten die abortuswetgeving beïnvloeden	117
2.3.2	Transnationalisering van het feminisme en de legitimering van eisen inzake mensenrechten in de jaren 1980 en 1990	45	4.2.1	Argument van de absolute waarde van het leven van de foetus	118
2.3.3	Verband tussen het recht op abortus als zelfbeschikking en het recht op toegang tot veilige en legale abortus in het feminisme sinds de jaren 2000	46	4.2.2	Argument van de waarde van beide levens (foetus en zwangere vrouw)	119
	Conclusie	48	4.2.3	Logica van de graduele waarde van het leven van de foetus	121
			4.2.4	Abortus: een kwestie van rechten	126
			4.2.5	Volksgezondheidsbenadering	129
			4.2.6	Technische aanpak: beschikbare procedures, technieken en geassocieerde risico's	133
			4.2.7	Huidige kadering in België	135

<b>5</b>	<b>Analyse van de abortuspraktijk</b>	<b>138</b>			
5.1	Abortusmethoden	138			
5.1.1	Korte geschiedenis van abortusmethoden in de 20ste eeuw	138			
5.1.2	Medicamenteuze abortus	140			
5.1.3	Chirurgische abortus	144			
5.1.4	Huidig gebruik volgens de context	146			
5.1.5	Complicaties	147			
5.2	De praktijk van abortus op verzoek	152			
5.2.1	Korte geschiedenis van de formalisering van het professionele werkveld van abortus in België	152			
5.2.2	Zwangerschapsafbreking op verzoek in de Federatie Wallonië-Brussel en het Vlaams Gewest	153			
5.2.3	Kwaliteit van de zorg tijdens de abortusprocedure	160			
5.2.4	Autonomie van de patiënte tijdens de procedure	169			
5.2.5	Psychosociale consultatie zonder dat er een abortus op volgt	177			
5.2.6	Toegang tot abortus	178			
5.3	De praktijk van abortus om medische redenen	187			
5.3.1	Aantal zwangschapsafbrekingen om medische redenen	187			
5.3.2	Medische aandoeningen waarvoor zwangschapsafbreking na 12 weken zwangschap wordt uitgevoerd	192			
5.3.3	(Prenatale) diagnose en kwaliteit van zorg	197			
5.3.4	Counseling en besluitvorming over medische zwangschapsafbreking	198			
5.3.5	Follow-up en administratieve ondersteuning na zwangschapsafbreking	201			
5.3.6	De wet op abortus na 12 weken bij ernstige medische aandoeningen: inzichten uit de praktijk	202			
<b>6</b>	<b>Abortusverzoeken na 12 weken zwangschap</b>	<b>212</b>			
6.1	Situering van de kwestie van abortusverzoeken na 12 weken zwangschap	212			
6.1.1	Huidige situatie in België: enkele cijfers	212			
6.1.2	Mogelijke oorzaken van abortusaanvragen na 12 weken zwangschap	218			
6.1.3	Beweegredenen voor abortus in het tweede trimester	225			
6.1.4	Reizen als alternatief bij juridische restricties	227			
6.2	Opties wat betreft wettelijke bepalingen in het geval van een verlenging van de maximale zwangschapstermijn voor abortus	229			
6.2.1	Verlenging van de maximale zwangschapstermijn binnen het huidige wettelijke kader voor electieve abortus	230			
6.2.2	Verlenging van de maximale zwangschapstermijn voor electieve abortus met bijhorende specifieke bepalingen	231			
6.2.3	Uitbreiding van het huidige wettelijke kader voor medische abortussen	232			
6.2.4	Conclusie wat betreft wettelijke bepalingen	233			
6.3	Opties voor een bepaling van een verlengde zwangschapstermijn voor abortus	235			
6.3.1	Geen maximale zwangschapstermijn voor abortus op verzoek	238			
6.3.2	Maximale zwangschapstermijn voor abortus op 22 weken na de bevruchting (24 WA)	239			
6.3.3	Maximale zwangschapstermijn voor abortus op 20 weken na de bevruchting (22 WA)	241			
6.3.4	Maximale zwangschapstermijn voor abortus op 18 weken na de bevruchting (20 WA)	242			
6.3.5	Conclusie wat betreft de bepaling van een maximale zwangschapstermijn voor abortus	243			
6.4	Infrastructuur en praktische organisatie	245			
6.4.1	Type faciliteit	245			
6.4.2	Aantal patiëntes	246			
6.4.3	Spreiding	247			
6.4.4	Aan te bieden medische diensten	247			
<b>7</b>	<b>Andere in overweging te nemen kwesties</b>	<b>250</b>			
7.1	Preventie	250			
7.1.1	Anticonceptie	250			
7.1.2	Beheer en verspreiding van informatie	256			
7.2	Financiering van abortus	258			
7.2.1	Vormen van financiering	258			
7.2.2	Financiering van abortus in België	259			
7.3	Personeel	261			
7.3.1	Zorgverleners voor abortus in het eerste trimester	261			
7.3.2	Zorgverleners voor abortus in het tweede trimester	263			
<b>8</b>	<b>Lijst van aanbevelingen</b>	<b>264</b>			
<b>9</b>	<b>Referenties</b>	<b>276</b>			

# 1. Samenvatting

## 1.1 Achtergrond en methodologie

In de loop van oktober 2021 hebben de fractieleiders van de Vivaldi-meerderheid op federaal niveau de VLIR en de CREF verzocht om, overeenkomstig het regeerakkoord ter zake, de rectoren van de Belgische universiteiten te vragen hun expertise ter beschikking te stellen zodat “een onafhankelijk multidisciplinair wetenschappelijk comité een studie en evaluatie uitvoert van de praktijk en de wetgeving [inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking in België *nvdr*]”. De brief ging vergezeld van een lijst van 60 vragen om het verzoek toe te lichten en de werkzaamheden toe te spitsen op de bezorgdheden van de politieke wereld (de lijst is opgenomen in **bijlage I**). In de brief wordt erop gewezen dat “de zeven partijen van de Vivaldi-meerderheid in hun akkoord hebben aangegeven dat zij verder willen werken aan deze teksten [met betrekking tot wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking *nvdr*] in het Parlement, in de commissie Justitie, [zodra zij het werk van dit onafhankelijk multidisciplinair comité in handen hebben *nvdr*]”.

Als antwoord op dit verzoek heeft elk van de 7 universiteiten die verantwoordelijk zijn voor de volledige artsopleiding een vertegenwoordiger benoemd in een onafhankelijk multidisciplinair wetenschappelijk comité (hierna “het wetenschappelijk comité”) om het proces aan te sturen. Deze laatste hebben, in volledige onafhankelijkheid, het denkproces gestructureerd in 4 multidisciplinaire werkgroepen van elk 9 leden die verantwoordelijk zijn voor de volgende thema's:

WG1: Huidige werking en mogelijke verbeteringen in centra en ziekenhuizen met betrekking tot zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen binnen de huidige termijn, inclusief vraagstukken in verband met preventie en opvolging.

WG2: Zwangerschapsafbrekingen om medische redenen

WG3: De behandeling van vragen om zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen na een termijn van 12 weken, met inbegrip van een internationaal vergelijkende analyse.

WG4: De wetgeving betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking: ethiek en recht.

In elk van deze 4 werkgroepen zetelden twee leden van het wetenschappelijk comité. Het geheel bestond uit 35 (Frans- en Nederlandstalige) leden, waaronder 20 vrouwen en 15 mannen. Het betrof 17 artsen (waarvan 13 gynaecoloog-verloskundigen), 4 juristen, 6 psychologen, en 8 experten uit de vakgebieden filosofie of sociale wetenschappen. Elke werkgroep, evenals het wetenschappelijk comité, werd geleid door twee covoorzitters, in evenwicht wat gender en taal betreft. De samenstelling van het wetenschappelijk comité en van de 4 werkgroepen is opgenomen in **bijlage II**.

De werkzaamheden werden in alle onafhankelijkheid verricht, waarbij ieder ten persoonlijke titel sprak en gebonden was aan geheimhoudingsplicht. Daarop werden de besluitvormingsprocedures door het wetenschappelijk comité als volgt geformaliseerd: ‘standpunt unaniem ondersteund’ (ook consensuspositie genoemd in de teksten), ‘standpunten ondersteund door een groep aan de ene kant en een groep aan de andere kant’, en indien slechts één lid een standpunt ondersteunt, wordt in het rapport vermeld dat het om een ‘individueel standpunt’ gaat. De communicatietalen waren Frans, Nederlands en Engels, wat resulteerde in werkdocumenten in die talen. Werkdocumenten werden niet altijd vertaald tijdens de werkzaamheden gelet op de tijd en middelen.

Het werk werd logistiek ondersteund door de VLIR en in het bijzonder door zijn secretaris-generaal, de heer Koen Verlaeckt, en werd ondersteund door twee universitaire medewerkers met deskundigheid betreffende het behandelde onderwerp. Deze werden aangeworven na een openbare oproep en selectie door een jury bestaande uit de twee covoorzitters van het wetenschappelijk comité en de secretaris-generaal van de VLIR. Het betreft mevr. Fien De Meyer (Nederlandstalig en juriste) en mevr. Aurélie Aromatario (Franstalig en sociologe).

Naast de 44 vergaderingen van de werkgroepen en van het wetenschappelijk comité, meestal via teleconferentie, werden deskundigen gehoord en organisaties geraadpleegd (de lijst van deelnemers aan deze hoorzittingen is opgenomen in **bijlage III**).

Elke werkgroep heeft haar eindverslag goedgekeurd en uiterlijk op 16 december 2022 aan het wetenschappelijk comité bezorgd. Het wetenschappelijk comité heeft het eindrapport, dat hieronder wordt samengevat, opgesteld en is hiervoor verantwoordelijk. Het wetenschappelijk comité heeft het eindrapport goedgekeurd op 21 december 2022. De bijlagen ervan bevatten onder meer de verslagen van de werkgroepen en de referenties naar gebruikte literatuur.

Het eindrapport, de samenvatting en de lijst met aanbevelingen, opgesteld in beide landstalen, zijn door het wetenschappelijk comité goedgekeurd en in maart 2023 overhandigd aan onze mandatarissen binnen de Vivaldi-meerderheid. De samenvatting bevat de resultaten van het eindrapport waarin men alle referenties vindt die hebben bijgedragen tot de uiteenzetting van de aanbevelingen en conclusies.

De aanbevelingen werden unaniem goedgekeurd wanneer niet wordt gespecificeerd dat er verschillende standpunten/aanbevelingen waren of wanneer geen individueel standpunt wordt vermeld. Het standpunt van de werkgroepen over de aanbevelingen wordt in herinnering gebracht wanneer dit nuttig is voor de politieke mandatarissen. Echter is het van belang erop te wijzen dat de leden van de werkgroepen zich uitsluitend hebben uitgesproken over hun eigen verslag en niet over de verslagen van de drie andere werkgroepen of over de teksten van het wetenschappelijk comité.

## 1.2 Hoe kunnen we de huidige aandacht voor het vraagstuk van vrijwillige zwangerschapsafbreking en het verzoek vanuit de politieke wereld interpreteren?

De wens om de abortuswet van 1990 te herzien is niet nieuw, aangezien dit onderwerp al minstens drie legislaturen het halfroond van de Kamer beroert. Tijdens de voorgaande legislatuur begon zich een vrij ambitieuze parlementaire dynamiek af te tekenen, waarna in 2018 de toenmalige regering de kwestie weer op tafel legde en een hervorming doorvoerde die velen als teleurstellend en “minimaal” beschouwden. Dat neemt niet weg dat met de Wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking van 2018 enkele stappen vooruit werden gezet, en het is op basis daarvan dat het wetenschappelijk comité zijn werkzaamheden heeft verricht, aangezien deze wet momenteel van kracht is.

De beweegredenen voor het verzoek tot hervorming moeten we waarschijnlijk verder terug in de tijd situeren. Enerzijds vloeit dit verzoek voort uit de ervaring die gedurende meer dan 30 jaar op het gebied van vrijwillige zwangerschapsafbreking werd opgedaan, wat op zich al een evaluatie van de wet Lallemand-Michielsen zou kunnen rechtvaardigen. Anderzijds vloeit dit voort uit de ontwikkelingen die de samenleving heeft doorgemaakt, in het bijzonder wat betreft de positie en de autonomie van de vrouw onder de positieve invloed van de feministische beweging. Bovendien is de technische en medische omgeving ingrijpend veranderd door het ontstaan van nieuwe kennis over de ontwikkeling van de foetus, genetica, prenatale echografische beeldvorming, door de plaats die medicamenteuze zwangerschapsafbreking heeft ingenomen, door de ontwikkeling van sociale media en de bredere beschikbaarheid van informatie over seksualiteit, anticonceptie en abortus, alsook door de toenemende digitale evoluties die raadpleging op afstand mogelijk maken (een fenomeen dat tijdens de COVID-19-crisis explosief is toegenomen) en waarbij geneesmiddelen online te verkrijgen zijn. Het verzoek van de politieke wereld moet in het licht daarvan worden begrepen.

Dit betekent niet dat het ethische dilemma van zwangerschapsafbreking is gewijzigd. Er moet steeds een evenwicht worden gezocht tussen de bescherming van de foetus en het recht van de vrouw om over haar eigen lichaam te beschikken, of zelfs een evenwicht tussen de invoering van collectieve juridische, morele en sociale regels en de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. In die zin verwijst het wetenschappelijk comité naar de uitvoerige beschouwing die het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek destijds heeft gemaakt in zijn advies nr. 18, en met name de hoofdstukken III en IV, waarin alle (soms zeer uiteenlopende) concepten en standpunten over de status van het menselijke embryo en de foetus worden samengebracht en waarin het ethische en filosofische vraagstuk van de zwangerschapsafbreking zeer expliciet aan bod komt. Het wetenschappelijk comité heeft zich aan zijn mandaat gehouden door de concrete opvolging van de abortusverzoeken en hun evolutie te onderzoeken, rekening houdend met feitelijke elementen zoals nieuwe gegevens over de levensvatbaarheid van de foetus en het vermogen om pijn te ervaren, maar ook

de ontwikkelingen met betrekking tot het opsporen van foetale afwijkingen en het uitvoeren van verfijnde en vroegtijdige genetische tests op de foetus. Ook al doet het verdwijnen van clandestiene en gevaarlijke abortussen (« unsafe abortion » volgens WHO) in ons land soms vergeten welke zeer zware prijs vrouwen hebben betaald in de tijd dat abortus werd verboden, toch blijft het volksgezondheidsaspect wereldwijd actueel, ook in bepaalde ontwikkelde landen waar vrouwenrechten achteruitgaan.

Er wordt op gewezen dat de dynamiek die tot dit rapport heeft geleid grotendeels dateert van vóór de herroeping door het Amerikaanse Hoogerechtshof van een federaal grondwettelijk recht op abortus en de ontwikkelingen in uiteenlopende richtingen die daarop volgden. Deze gebeurtenis vond plaats toen de werkzaamheden van het wetenschappelijk comité volop aan de gang waren. Het wetenschappelijk comité achtte het dan ook nuttig een hoofdstuk toe te voegen over de kwestie van de verankering van het recht op abortus in de grondwet, een actuele kwestie in heel wat Europese landen.

## 1.3 Korte presentatie van de stand van de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking en de huidige praktijk in België

De kwestie van abortus in België wordt geregeld door de wet van 15 oktober 2018, maar ook door een koninklijk besluit over de distributie van geneesmiddelen voor medicamenteuze abortus, en door overeenkomsten tussen de centra die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren en het RIZIV, dat deze activiteit financiert. Bovendien eist de wet van 13 augustus 1990 dat een geanonimiseerde registratie van elke zwangerschapsafbreking gebeurt bij een nationale evaluatiecommissie die analyses en verslagen opstelt voor het Parlement. Bovendien heeft deze commissie onlangs een aantal opmerkingen en suggesties over de werking van de abortuspraktijk in België gemaakt in een memorandum dat bij haar verslag van 2021 werd gevoegd. Op het terrein is de organisatie van zwangerschapsafbreking op verzoek van de vrouw tot 12 weken post-conceptie ('PC') (14 weken amenorroe: 'WA') voornamelijk toevertrouwd aan abortuscentra buiten de ziekenhuizen. Alle instellingen die zwangerschapsafbrekingen uitvoeren moeten beschikken over een voorlichtingsdienst. Centra die zwangerschapsafbrekingen buiten het ziekenhuis uitvoeren zijn om historische en culturele redenen anders gestructureerd in het Nederlandstalige en het Franstalige landsgedeelte. Aan Nederlandstalige zijde worden zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in 7 centra die zich specifiek met deze activiteit bezighouden en aan Franstalige zijde in 33 van de 44 centra die daarnaast ook andere activiteiten uitvoeren met betrekking tot gezinsplanning in ruime zin (seksualiteit, anticonceptie, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen). Tot slot worden in het hele land bepaalde abortussen in ziekenhuizen uitgevoerd, hetzij op verzoek van de vrouw, hetzij op grond van gevorderde zwangerschapsduur, omwille van een wens tot algehele anesthesie die niet beschikbaar is in abortuscentra of omwille van een bijzonder medisch risico dat een strengere medische begeleiding rechtvaardigt. De centra beschikken over personeel met een aantal competenties op

gezondheidsvlak (voornamelijk artsen, psychologen, verpleegkundigen, vroedkundigen, maatschappelijk werkers) en de zwangerschapsafbrekingen worden grotendeels uitgevoerd door huisartsen en door specialisten in gynaecologie-verloskunde. Zwangerschapsafbrekingen na 12 weken PC, die uitsluitend zijn toegestaan op grond van medische indicaties, worden enkel uitgevoerd in ziekenhuizen op afdelingen voor gynaecologie-obstetrie en door medisch-obstetrische teams en/of personen die belast zijn met prenatale diagnostiek.

Het wetenschappelijk comité wenst vooral te onderlijnen hoezeer de wet van 1990 en sommige bepalingen van de wijzigingen ervan in 2018 een echte vooruitgang hebben betekend, zowel voor de rechten van de vrouw als voor de volksgezondheid in ons land, en het benadrukt aan het einde van dit evaluatie- en denkproces de positieve visie op de uitvoering van abortus in België die hieruit naar voren komt. Zowel de experten op het terrein als de werkgroepen benadrukken bepaalde verbeteringen die voortvloeien uit de herziening van de wet in 2018 en die een positief effect hebben gehad op de opvolging van ongewenste zwangerschappen. Onder deze verbeteringen wordt het schrappen van de vereiste noodtoestand van de zwangere vrouw die om een abortus verzoekt als een belangrijke stap beschouwd om het stigma te reduceren dat soms nog wordt geassocieerd met zwangerschapsafbreking. Ook de introductie van het misdrijf van verhindering wordt als een vooruitgang beschouwd, evenals de verplichting voor elke arts met gewetensbezwaren tegen abortus om de patiënt door te verwijzen naar een andere arts. Het behouden van een verplichte periode van 6 dagen tussen de eerste raadpleging en de abortusprocedure blijkt daarentegen een teleurstelling voor de professionals in de sector. Deze onderstrepen daarnaast wel het belang van het feit dat in medische noodsituaties de wachtperiode niet meer gehandhaafd moet worden.

Dit rapport bevat een gedetailleerde analyse van al deze elementen.

Op kwantitatief vlak wordt in het verslag van de Nationale Evaluatiecommissie aangegeven dat volgens de door haar geanalyseerde registraties jaarlijks tussen 18.000 en 19.000 vrijwillige zwangerschapsafbrekingen worden uitgevoerd in België, waarvan de meeste (82%) in abortuscentra, en 18% in ziekenhuizen. Het afgelopen decennium lijkt de trend te evolueren naar een zwangerschapsafbreking uitgevoerd op een gemiddeld vroeger tijdstip in de zwangerschap. Het betreft ook meer vrouwen in de leeftijdscategorie 29-35 jaar, met een verminderd aandeel afbrekingen bij jongere vrouwen.

De cijfers weerspiegelen een abortuscijfer van 8,8 per 1.000 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44 jaar), wat ons in een zeer gunstige positie plaatst ten opzichte van het Europese gemiddelde (18 per 1.000 vrouwen) en het mondiaal gemiddelde (39 per 1.000 vrouwen). Dat neemt niet weg dat inspanningen op het gebied van preventie, voorlichting en toegang tot anticonceptie, met inbegrip van noodanticonceptie en de preventie van SOA's, uitdagingen blijven waar nog vooruitgang kan worden geboekt om het aantal ongewenste zwangerschappen verder te verminderen. Het wetenschappelijk comité was van oordeel dat het in zijn rapport enkele voorstellen ter

zake moest opnemen, ook al bevinden deze zich op de grens van de opdracht die ons werd toevertrouwd.

## 1.4 Aanbevelingen met toelichting van het wetenschappelijk comité

Het wetenschappelijk comité is zich bewust van de versnippering van de bevoegdheden in ons institutionele landschap. Het was echter van mening dat deze institutionele versnippering niet mag leiden tot het beperken van nuttige aanbevelingen tot het federale bevoegdheidsniveau dat dit rapport heeft opgevraagd. Niettemin moet worden vastgesteld dat het merendeel van de gestelde vragen het federale niveau aanbelangt.

### 1.4.1 Preventie van ongewenste zwangerschappen en een zo vroeg mogelijke zwangerschapsafbreking

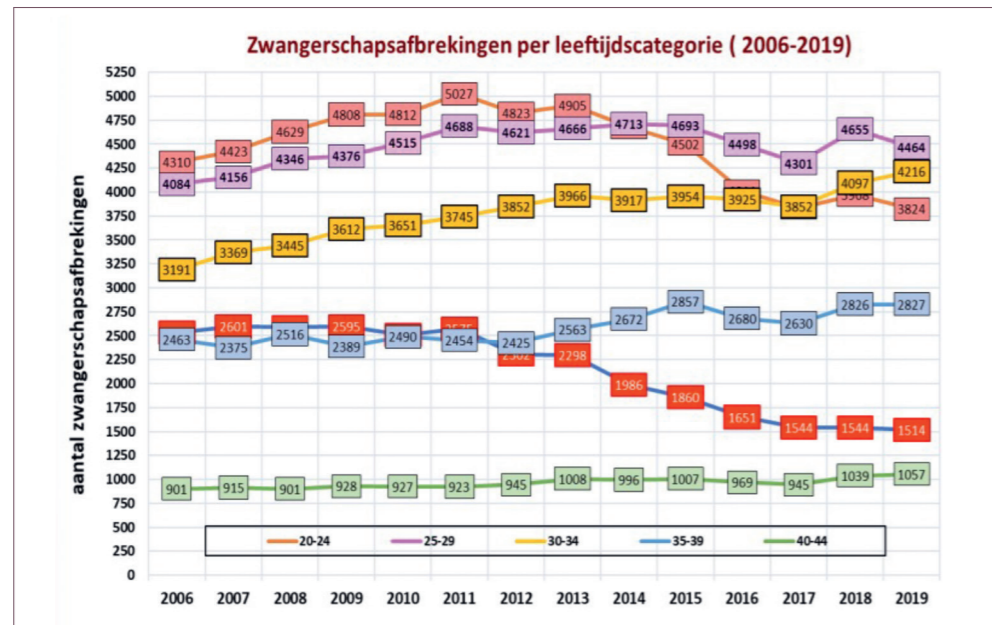
De beste abortus is er een die niet moet worden uitgevoerd, en wanneer wordt gevraagd om een ongewenste zwangerschap af te breken, is er een unanieme voorkeur om de zwangerschap zo vroeg mogelijk af te breken, zowel om psychologische, ethische als medische redenen.

Daarom wenst het wetenschappelijk comité de aandacht van de politieke overheid in de eerste plaats te vestigen op een aantal specifieke punten.

Een opmerking van de Nationale Evaluatiecommissie is het vermelden waard. In de afgelopen jaren blijkt het aantal abortussen bij jongeren onder 25 jaar afgenomen, vooral in de categorie tienerzwangerschappen (rode lijn in onderstaande tabel) en bij 25-39-jarigen toegenomen. Aangezien de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een abortus krijgen hoger ligt dan 25 jaar (2018: 28,63 jaar; 2019: 28,77 jaar), moet ook aan vrouwen boven 25 jaar aandacht besteed worden wat betreft preventie van ongewenste zwangerschappen en toegang tot anticonceptie.

Het Wetenschappelijk Comité stelt vast dat het aantal abortussen bij -21jarigen een eerder dalende trend kent sinds de terugbetaling van contraceptiva in voege trad (2004). Het Wetenschappelijk Comité beschikt over te weinig wetenschappelijke data om een causaal verband vast te stellen tussen terugbetaling van contraceptiva en een daling van abortuscijfers, doch acht dergelijk effect eerder plausibel. De effecten van de uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptiva tot 25 jaar kunnen nog niet geëvalueerd worden wegens een te recente inwerkingtreding van de maatregel (2021). Desalniettemin, mede gelet op de gemiddelde leeftijd waarop vrouwen een abortus verzoeken, acht het Comité een uitbreiding van de tegemoetkoming bij anticonceptie voor vrouwen boven 25 jaar ook voor langdurige anticonceptie (LARC), een gepaste aanbeveling. **[Aanbeveling 13]**





Bron: Nationale Evaluatiecommissie, Rapport 2018-2019<sup>1</sup>

**Maatregelen met betrekking tot relationele en seksuele voorlichting (RSV), regelmatige bewustmakingscampagnes over anticonceptie, inclusief over noodanticonceptie, en een vlotte toegang tot anticonceptiemiddelen zijn essentiële preventieve aspecten die ondersteund moeten blijven. [Aanbeveling 13]**

Voorts blijven “langwerkende” anticonceptiemiddelen (intra-uteriene koperspiraal-tjes, intra-uteriene hormoonspiraaltjes, implantaten) moeilijk toegankelijk door hun hoge aankoopprijs, wanneer zij niet onder de voorwaarden voor kosteloosheid vallen waarin de regelgeving voorziet. Deze anticonceptiemiddelen zijn echter minder duur per beschermingscyclus (gezien hun zeer lange werkingsduur) en zijn bijzonder doeltreffend (verhoogde praktische doeltreffendheid), omdat het gebruik ervan niet “gebruikersafhankelijk” is (geen vergeetachtigheid, geen interferentie door spijsverteringsproblemen, geen impulsieve onderbreking, geen gebrekkig gebruik door beperkte kennis van de juiste voorschriften). Hierdoor zijn deze anticonceptiemiddelen bijzonder aantrekkelijk voor gebruik na een zwangerschapsafbreking, vooral omdat ze bij de zwangerschapsafbreking zelf kunnen worden ingebracht. **Het wetenschappelijk comité beveelt daarom aan om de toegang tot langwerkende anticonceptie te versoepelen door de plaatsing ervan na zwangerschapsafbrekingsprocedures en als noodanticonceptie gratis aan te bieden.** Het wetenschappelijk comité ondersteunt de resolutie van 8 juli 2022 (*Parl.St.* Senaat doc. nr. 7-81/7) van de Senaat die gericht is op de verstrekking van orale noodanticonceptie door de instanties die belast zijn met de opvang, voorlichting en begeleiding van personen in het kader van affectieve en seksuele relaties. **[Aanbeveling 13]**

<sup>1</sup> Er ontbreekt één element in de legende van de tabel: de rode lijn staat voor vrouwen van 15 tot 19 jaar.

In dezelfde logica merken wij op dat er met de ontwikkeling van medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen een tendens wordt waargenomen naar zwangerschapsafbreking in een vroeger zwangerschapsstadium dan voordien, wat een ontwikkeling is die moet worden gesteund. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan om de toegang tot mifepriston (Mifegyne®) en misoprostol (Cytotec®) te versoepelen door de procedures voor distributie, registratie en controle zowel in ziekenhuizen als in centra buiten het ziekenhuis te vereenvoudigen. Dit vereist een wijziging van het koninklijk besluit dat het reguleert, des te meer omdat het gebruik van deze moleculen bij de behandeling van miskramen, mors *in utero*, postpartumbloedingen, inducties van de bevalling, enz. zeer wijdverspreid is. [Aanbeveling 18]**

De doelstelling om de zwangerschapsafbreking in een vroeger stadium uit te voeren is een aanvullend argument om de bedenktijd van 6 dagen, die de duur van het proces en bijgevolg de zwangerschapsduur op het moment van de afbreking automatisch doet toenemen, te verkorten/schrappen (zie hieronder).

#### 1.4.2 Onderbrenging van vrijwillige zwangerschapsafbreking in wetgeving met betrekking tot gezondheidszorg

Waar de wet inzake gedeeltelijke depenalisering van zwangerschapsafbreking van 1990 deze materie in het Strafwetboek behield, werd deze er bij de hervorming van 2018 uit gehaald. Dit gebeurde echter zonder de logica volledig door te trekken en vrijwillige zwangerschapsafbreking expliciet onder wetgeving inzake gezondheidszorg te situeren. Het wetenschappelijk comité is echter van mening dat de status van abortus als gezondheidszorg zou moeten worden bevestigd en dat dit ten goede zou komen aan de rechtszekerheid en aan alle actoren (in het bijzonder patiënten). Patiënten zouden worden beschermd door de wet betreffende de rechten van de patiënt, wat bijvoorbeeld inhoudt dat alle vereisten inzake informatie en de geïnformeerde toestemming van toepassing zijn, maar eveneens door de Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, die voorziet in een aantal maatstaven voor een verbeterde kwaliteit van gezondheidszorg. Bovendien laat een erkenning van abortus als gezondheidszorg toe dat de kwalificatie- en bekwaamheidsvereisten van de betrokken beroepsbeoefenaars door de Wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen geregeld kan worden. **Het wetenschappelijk comité beveelt deze wettelijke verduidelijking aan** en stelt dat dit geenszins uitsluit dat een bijzondere wet vrijwillige zwangerschapsafbreking regelt. Het verhindert evenmin dat, indien de wetgever dit wenst, specifieke sancties kunnen worden behouden voor inbreuken op deze wet, naast de sancties die voor alle zorgverleners bestaan. **[Aanbeveling 1]**

### 1.4.3 Zwangerschapsafbreking uitsluitend op verzoek van de vrouw

**Het wetenschappelijk comité steunt de huidige abortusorganisatie waarbij vroegtijdige abortus bij voorkeur wordt uitgevoerd in abortuscentra die hierin gespecialiseerd zijn of die deze activiteit opnemen binnen hun activiteiten rond gezinsplanning.** Dit standpunt is gebaseerd op de kwaliteit van de opvang en de behandeling in deze structuren, de opgedane ervaring, en aspecten inzake logistiek en kosten die zwaarder en dwingender zijn in een ziekenhuisomgeving. **[Aanbeveling 15]**

Naast het behoud van hun huidige opdrachten (zorgverlening rond abortus, preventie van ongewenste zwangerschappen, andere vormen van zorg), **beveelt het wetenschappelijk comité aan om de toediening van lichte sedatie** (d.w.z.: een beperkte verdoving die geen aanwezigheid van een anesthesist vereist) **in deze centra te vergemakkelijken, mits aan structurele kwaliteitscriteria wordt voldaan.** Deze certificeringscriteria zouden kunnen inhouden dat in het centrum een minimumaantal abortusprocedures per jaar wordt uitgevoerd, dat de teamleden de nodige opleiding krijgen, dat specifieke medische apparatuur aanwezig is, en dat een deskundige zorgverlener aanwezig is die zich uitsluitend met sedatie bezighoudt, enz. Deze aanbeveling is gebaseerd op de vaststelling dat veel zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd in ziekenhuizen worden gemotiveerd door de vraag naar pijnstilling (algehele anesthesie). De aanbeveling steunt zowel op internationale guidelines als op de positieve ervaringen in het buitenland over sedatie in centra buiten het ziekenhuis die werden gerapporteerd in de hoorzittingen over praktijken in het buitenland. **[Aanbeveling 15]**

De evolutie van de technieken inzake abortus (met name door middel van medicatie), alsook de evoluties omtrent digitalisering en de lessen die zijn getrokken uit het beheer van abortus tijdens de Covid-crisis en uit ervaringen van het buitenland, tonen aan dat het nuttig is praktijken inzake abortus op afstand, of zelfs inzake *self-managed* abortus, te ontwikkelen. Verschillende activiteiten kunnen tegenwoordig op afstand worden beheerd voor patiënten die dat wensen, zolang dezelfde kwaliteit van zorg kan worden gegarandeerd als bij een persoonlijke raadpleging. We denken in het bijzonder aan de eerste raadpleging (tijdwinst) en psychosociale ondersteuning op afstand. Zo werd tijdens de Covid-crisis, om potentieel besmettelijke contacten in de centra te beperken, de opvolging op afstand voor bepaalde fasen van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking uitgebouwd. Zo kon de patiënt de tweede fase van de abortusprocedure thuis laten plaatsvinden, met de mogelijkheid tot telefonische begeleiding vanuit de abortuscentra. Deze ervaring bleek positief en moet – zonder afbreuk te doen aan de mogelijkheid om de volledige procedure in het abortuscentrum te doorlopen – worden toegelaten onder de Wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking, de RIZIV-conventies voor de financiering van de centra en het Koninklijk Besluit dat de distributie en het gebruik van de gebruikte geneesmiddelen regelt. **[Aanbeveling 17]**

Het wetenschappelijk comité heeft unanieme kritiek van het terrein gehoord ten aanzien van de opgelegde bedenktijd van 6 dagen tussen de eerste raadpleging en de zwangerschapsafbreking zelf. Deze kritiek situeert zich op principieel en procedureel vlak.

Op principieel vlak wordt deze termijn vandaag als vernederend beschouwd, omdat het een immaturiteit van vrouwen suggereert aan wie een verplichte bedenktijd zou moeten worden opgelegd, veronderstellende dat zij niet in staat zijn om de nodige bedenktijd zelf in te bouwen. Alle actoren en leden van de werkgroepen benadrukken dat het denkproces van de vrouwen al lang voor deze eerste raadpleging is begonnen en dat de nodige bedenktijd zodanig varieert dat een vaste termijn als een ondraaglijke belasting wordt ervaren door vrouwen wiens beslissing zeer duidelijk is, en onvoldoende is voor vrouwen die de behoefte of wens hebben om hun bedenktijd in geval van ambivalentie te verlengen. Naast deze fundamentele kritiek kunnen we wijzen op onduidelijkheden die tot verwarring leiden (wanneer begint deze wachttijd te lopen?), evenals op de vertraging die de uitvoering van de abortus oploopt, wat reeds hogerop vermeld werd. Hierbij moet ook de bijkomende belasting worden vermeld voor sommige vrouwen in een zeer kwetsbare situatie die meerdere en soms moeizame verplaatsingen moeten maken. In de hervorming van 2018 werd het problematische karakter van deze wachttijd aan het einde van de periode van 12 weken PC (14 WA) erkend, en werden voorwaarden gecreëerd waarbij deze uiterste termijn van 12 weken PC kon worden omzeild. Hierdoor werden zwangerschapsafbrekingen na de uiterste termijn van 12 weken PC de facto mogelijk.

**Het wetenschappelijk comité beveelt aan de wettelijke wachttijd van 6 dagen te schrappen en**

**ofwel elke verwijzing naar een verplichte wachttijd te schrappen** door te steunen op good practices inzake geïnformeerde toestemming. Die zouden automatisch van toepassing zijn indien vrijwillige zwangerschapsafbreking aan gezondheidsrechtelijke wetgeving en deontologische principes onderhevig is. Deze moet teams ertoe aanzetten een passende wachttijd te handhaven bij elke situatie waar dit nodig blijkt opdat een moeilijke beslissing in goede banen wordt geleid. Ook moet worden vermeld dat de zwangerschapsafbreking om organisatorische redenen in de meeste gevallen hoe dan ook niet zal plaatsvinden op de dag van de verkennende raadpleging.

**ofwel een verplichting in te voeren om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op de kalenderdag van de eerste raadpleging**, in combinatie met de mogelijkheid om de eerste raadpleging op afstand te houden als een verplaatsing moeilijk blijkt.

De eerste optie met betrekking tot de volledige afschaffing van de wachttijd krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité. **[Aanbeveling 2]**

Voor zwangerschapsafbrekingen om medische redenen (zie hieronder) blijken diagnostisch onderzoek en multidisciplinair overleg met onder meer een beroepsbeoefenaar die gespecialiseerd is in de betrokken aandoening, additionele waarborgen te bieden die volstaan om een zorgvuldig en bewust besluitvormingsproces te waarborgen. [Aanbeveling 2 en 6]

Er wordt eveneens gelijkaardige kritiek geuit op de informatieverplichtingen die in de huidige wet zijn opgenomen, en die volgens beroepsbeoefenaars op het terrein soms zeer onaangepast blijken aan de klinische situatie of het profiel van mensen die om een zwangerschapsafbreking vragen. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan de verplichting te schrappen om elke patiënte die om een zwangerschapsafbreking verzoekt te informeren over adoptie en over de verschillende “opvangmogelijkheden” voor het kind dat geboren zal worden. Het beveelt voorts aan de verplichting te schrappen om de vrouw voor de abortus te informeren over “de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen”.** [Aanbeveling 3]

**In plaats daarvan beveelt het wetenschappelijk comité aan per geval informatie te verstrekken, afhankelijk van de specifieke context van het abortusverzoek en de belangen van de patiënte.** Het comité wijst erop dat, indien de aanbeveling om vrijwillige zwangerschapsafbreking onder de wetgeving inzake gezondheidszorg te laten ressorteren gevolgd wordt, de plicht om gepersonaliseerde informatie te verstrekken zeer uitgebreid aanwezig is in de wet betreffende de rechten van de patiënt. [Aanbeveling 3]

**Het wetenschappelijk comité beveelt echter aan dat de verplichte informatie over anticonceptie gehandhaafd blijft, alsook over, in zoverre dit relevant wordt geacht voor de zwangere vrouw, “haar hulp en raad (...) over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen welke door haar toestand zijn ontstaan.”.** [Aanbeveling 3]

Tot de kwetsbare groepen voor wat betreft zwangerschapsafbreking behoren minderjarigen, aan wie ook vóór 1990 al bijzondere aandacht besteed werd door beroepsbeoefenaars op het terrein. De gemiddelde leeftijd van de eerste geslachts-gemeenschap in België ligt voor meisjes rond 16,5 - 17 jaar (UNMS, 2009 en Sexpert Vlaanderen, 2013). Seksualiteit is een van de domeinen waar zelfstandigheid wordt opgebouwd, en de meeste jongeren praten niet met hun ouders over hun seksuele ervaringen. Het wordt aanvaard dat beroepsbeoefenaars bij de behandeling van een verzoek om abortus van een minderjarig meisje niet verplicht zijn de ouders te informeren en hun toestemming te vragen. Het wetenschappelijk comité wijst er niettemin op dat in de praktijk de ouders de jonge vrouw die een abortus verzoekt vaak vergezellen op het moment van de interventie. Het is aan de deskundigen om te beoordelen wat in het belang is van de minderjarige, en in de meeste gevallen is geen toestemming van de ouders vereist als dit de wens is van de verzoekster, zolang de beroepsbeoefenaar oordeelt dat de minderjarige “tot een redelijke beoordeling van

zijn belangen” in staat kan worden geacht. Dit standpunt werd bovendien aanbevolen door de Orde der artsen (advies 23 maart 2013) en maakt integraal deel uit van de bepalingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt. Op het terrein lijkt de bepaling geen echt probleem te vormen voor beroepsbeoefenaars die abortus uitvoeren, maar wel regelmatig voor anesthesisten in geval van een zwangerschapsafbreking onder narcose. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan deze realiteit tegemoet te komen door gezondheidswerkers uitdrukkelijk toe te staan een abortus uit te voeren na een verzoek van een minderjarige die in staat is tot een redelijke beoordeling van zijn belangen, zonder de ouders te informeren en/of hun toestemming te vragen.** Deze toestemming gaat gepaard met een *good practice* aanbeveling voor zorgverleners die erin bestaat rekening te houden met het belang van de minderjarige om de procedure niet alleen te moeten doormaken, de minderjarige aan te moedigen een ouder, partner of vertrouwenspersoon in volledige confidentialiteit te betrekken, en de opvolging van de minderjarige ook na de zwangerschapsafbreking te waarborgen. [Aanbeveling 4]

#### 1.4.4 De uitbreiding van de toelaatbaarheid van vrijwillige zwangerschapsafbreking na 12 weken PC (14 WA)

Het wetenschappelijk comité heeft zich lang gebogen over vrijwillige zwangerschapsafbreking in het tweede trimester op verzoek van de zwangere vrouw. Het betreft een delicate kwestie die vrij goed gedocumenteerd is in de specifieke registratie door buitenlandse abortusdiensten, vooral in Nederland, van Belgische vrouwen die bij hun een zwangerschap laten afbreken. Deze vaststelling roept vragen op, enerzijds omdat deze bijzonder moeilijke situaties niet in België zelf worden beheerd, en anderzijds omdat ze vaak – doch niet uitsluitend – betrekking hebben op kwetsbare personen. Volgens de getuigenissen van personen uit het werkveld leiden ze tot ongelijkheid wegens de kosten van de procedure in het buitenland, organisatorische moeilijkheden, eventuele taalproblemen of obstakels in verband met de verplaatsing zelf.

De hoorzittingen met de professionals uit het werkveld waren in dit opzicht veelzeggend. Het wetenschappelijk comité heeft ook de verslagen van de hoorzittingen van 2018 geraadpleegd, die ook in die richting gingen. Het comité sprak met vertegenwoordigers uit Nederland en Engeland en onderzocht de kwestie van de levensvatbaarheid en de perceptie van pijn in de foetale fase. Al deze elementen zijn beschikbaar in het rapport.

Een verlenging tot 22 weken post-conceptie (24 WA) wordt door werkgroep 3 – die zich hierin heeft verdiept – breed gesteund. Een verlenging tot 20 weken post-conceptie (22 WA) werd eveneens adequaat wordt geacht. Een lid van werkgroep 3 acht een 18-weken termijn PC (20 WA) adequaat en stelt dat deze niet zou mogen worden overschreden.

Deze werkzaamheden **resulteerden in een consensusaanbeveling van het Wetenschappelijk Comité (en van werkgroep 3) om de huidige maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te verlengen tot minimum 18 weken PC (20 WA). De opvattingen in het Wetenschappelijk Comité zijn verdeeld wat betreft de maximum zwangerschapstermijn; sommigen verkiezen 18 weken PC (20 WA), anderen verkiezen 20 weken PC (22 WA). [Aanbeveling 10]**

De optie van een verlenging voorbij 20 weken PC (22 WA) werd niet breed gesteund door het Wetenschappelijk Comité na overweging van diverse argumenten die hieronder worden uiteengezet, niettegenstaande het rapport van de werkgroep.

De aanbeveling om de maximumduur te verlengen is vooral ingegeven door de volgende twee door het wetenschappelijk comité gesteunde principiële argumenten:

Ten eerste moet abortus in België veilig en betaalbaar zijn en mag de toegang daartoe niet afhangen van individuele (financiële of andere) middelen. De huidige wettelijke maximumtermijn verhindert niet dat latere abortussen in het buitenland plaatsvinden, maar betekent echter wel een bijkomende belasting voor vrouwen die deze interventies noodzakelijk achten en vergroot de ongelijkheid bij de toegang tot abortus in het tweede trimester. Het dient benadrukt te worden dat de afgelopen jaren tussen 330 en 800 zwangerschapsafbrekingen jaarlijks worden uitgevoerd in Nederland bij Belgische vrouwen (tegenover 16 000 à 20 000 jaarlijkse zwangerschapsafbrekingen in België voor 12 weken PC) volgens data van de Belgische Nationale Evaluatiecommissie en van de Nederlandse Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd ('Jaarrapportages').

Ten tweede moet zowel om medische als om morele redenen rekening worden gehouden met het ontwikkelingsstadium van de foetus. Dit heeft het wetenschappelijk comité ertoe gebracht een uiterste zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te behouden.

De verlenging van de termijn voor abortus op verzoek vereist een juridische en organisatorische aanpassing: enerzijds de uitwerking van een juridisch kader voor deze verlenging, anderzijds de oprichting en inwerkingtreding van structuren gespecialiseerd in zwangerschapsafbrekingen na 12 weken post-conceptie (14 WA). Afbrekingen na 12 weken na de bevruchting vereisen immers andere en mogelijk zwaardere technieken dan die welke nodig zijn voor afbrekingen in eerdere stadia van de zwangerschap. Het Wetenschappelijk Comité wijst erop dat er om gelijkaardige technische redenen nu reeds een aantal abortuscentra geen zwangerschapsafbrekingen meer uitvoeren na 10 weken na de bevruchting (12 WA) en deze vrouwen naar een ziekenhuis doorverwijzen.

**Als deze aanbeveling wordt gevolgd zullen er nieuwe faciliteiten moeten worden opgericht die specifiek zijn gericht op abortus in het tweede trimester**, hetzij in centra grenzend aan een ziekenhuis, hetzij in nieuwe ziekenhuisafdelingen. Deze

vereiste wordt ingegeven door de mogelijkheid om zwaardere apparatuur, algehele anesthesie en de mogelijkheid tot overnachting te kunnen aanbieden op een gespecialiseerde afdeling. Tot de kwaliteitscriteria die vereist zijn voor faciliteiten die abortus in het tweede trimester uitvoeren behoren ook confidentialiteitswaarborgen en een niveau van deskundigheid met betrekking tot abortus-gerelateerde zorg door een multidisciplinair team, op psychosociaal (psycholoog, maatschappelijk werker) en medisch niveau (gynaecoloog of huisarts gevormd in het uitvoeren van tweede trimester abortus, anesthesist, verpleegkundige, vroedkundige, enz.). Naast een specifieke opleiding moet dit personeel er uitdrukkelijk voor gekozen hebben om in deze centra voor zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester te werken. Nauwe samenwerking met ziekenhuizen en de mogelijkheid tot snelle transfer bij complicaties zijn andere belangrijke criteria. **[Aanbeveling 14]**

De argumenten ter onderbouwing van verschillende standpunten met betrekking tot een uitbreiding van de abortustermijn worden in het rapport uitvoerig uiteengezet. Het Wetenschappelijk Comité is zich bewust van het feit dat de keuze voor een bepaalde termijn altijd het resultaat is van het zoeken naar een delicaat evenwicht tussen verschillende belangen en verschillende waarden, en dat elke voorgestelde termijn onderhevig is aan de kritiek van willekeur. Ondanks deze zwakte en met de indruk het louter willekeurige te hebben overstegen, acht het wetenschappelijk comité het belangrijk en nuttig om de belangrijkste argumenten samen te vatten die tijdens de werkzaamheden van de werkgroep naar voren zijn gebracht en die de voorstellen van het wetenschappelijk comité ondersteunen.

Een groep leden van het wetenschappelijk comité ondersteunt de optie die de termijn situeert op 18 weken PC (20 WA). Zij oordelen dat deze limiet van 18 weken reeds een grote vooruitgang betekent en niet zou mogen overschreden worden op basis van de progressieve fysieke en neurologische ontwikkeling van de foetus aan de ene kant, met daartegenover een sterk dalend aantal abortusverzoeken rond en voorbij deze termijn. Voor deze leden biedt de limiet van 18 weken het professionele comfort van een ruime veiligheidsmarge tussen de leeftijd van mogelijke pijnperceptie bij de foetus en vooral die van foetale levensvatbaarheid (= vanaf wanneer prematuur geboren baby's kunnen worden behandeld).

Het Wetenschappelijk Comité heeft enkele data kunnen verzamelen over het aantal vrouwen die in aanmerking zouden komen voor een abortus bij een termijnuitbreiding naar het tweede trimester.

Op basis van gegevens van LUNA verzameld in 2018 over in België wonende vrouwen die zich na de wettelijke termijn aanboden voor abortus in de LUNA centra, blijkt dat ongeveer 80% van die vrouwen in België opgevangen zouden kunnen worden bij een limiet van 18 weken na de bevruchting. Dit betekent ook dat bij die vrouwen een percentage van 20% zich aanbiedt voorbij 18 weken PC. Een vergelijkbare onderverdeling volgt uit Nederlandse statistieken over vrouwen (Nederlandse en andere nationaliteiten) die een abortus nodig hebben in het tweede trimester. Bij ongeveer

75% zal een abortus uitgevoerd worden voor 18 weken PC, en bij de andere 25% zal abortus uitgevoerd worden na 18 weken PC.

Een andere groep leden van het wetenschappelijk comité, gevoelig voor het standpunt dat in de werkgroep werd verdedigd ten gunste van een limiet van 22 weken PC, houdt vol dat de limiet van 18 weken hen te restrictief lijkt. Zonder zover te gaan als de hierboven genoemde 22 weken PC, stellen ze een grens van 20 weken PC voor. Het bijzondere van deze optie is dat het een nagenoeg complete (ongeveer 90%) opvang mogelijk maakt van vrouwen die momenteel niet in België geholpen kunnen worden, en tegelijk op afstand blijft van de huidige drempel van levensvatbaarheid. De optie heeft bovendien betrekking op een minder ontwikkelde foetus dan op 22 weken PC, wat de voorkeursoptie was die door werkgroep 3 werd voorgesteld. Het argument van pijnperceptie door de foetus wordt hier om twee redenen niet weerhouden. Ten eerste overweegt het Comité dat de pijnperceptie van de foetus meer indicatief is voor de noodzaak van sedatie tijdens de procedure dan een afdoend argument is voor het bepalen van een maximumtermijn voor abortus. Ten tweede wordt deze pijnperceptie niet zo vroeg vastgesteld, aangezien deze zich eerder zou ontwikkelen tussen 22 en 26 weken na de conceptie (zie het hoofdstuk over deze belangrijke vraag in het rapport).

Volledigheidshalve vermelden we dat de werkgroep de optie heeft overwogen om geen maximumtermijn vast te stellen, zoals in Canada het geval is, en de beoordelingsbevoegdheid in elke afzonderlijke situatie aan de beroepsbeoefenaars over te laten. Om een aantal redenen die in het rapport zijn samengevat, is niet voor deze optie gekozen door de werkgroep, noch door het Wetenschappelijk Comité.

Het Comité wijst erop dat een verlengde wettelijk termijn gepaard kan gaan met een aantrekking van vrouwen uit buurlanden (bv. Frankrijk, Duitsland) die momenteel naar Nederland reizen en zich in centra in België zouden kunnen aanmelden. Dit geldt voor elke verlenging van de termijn, maar zal des te pertinenter zijn naarmate de gekozen zwangerschapstermijn hoger is.

Wat betreft de wettelijke bepalingen die de termijuitbreiding mogelijk moeten maken, heeft de werkgroep drie pistes overwogen om deze verlenging concreet te implementeren. Deze drie pistes werden overwogen ongeacht de maximale zwangerschapsduur waartoe zou worden besloten.

**a) Een verlenging van de maximale zwangerschapsduur binnen het huidige wettelijke kader.**

Het bestaande wettelijk kader voor abortus op verzoek wordt gehandhaafd en de verlenging van de maximumtermijn voor het verkrijgen van een abortus wordt erin opgenomen. De bepalingen van de wet voor afbrekingen tot 12 weken blijven hier van toepassing, met inbegrip van de andere aanbevelingen van het wetenschappelijk comité die door de wetgever kunnen worden overgenomen. Het is deze werkwijze

die het wetenschappelijk comité aanbeveelt, in de overtuiging dat dit het duidelijkst is en dat de huidige bepalingen met betrekking tot begeleiding en kwaliteit van zorg van vrouwen met een abortusverzoek voor 12 weken PC even relevant zijn voor en kunnen worden gehanteerd voor vrouwen die zich aanbieden in het tweede trimester. **[Aanbeveling 10]** Het wordt niettemin noodzakelijk geacht om deze termijuitbreiding hand in hand te laten gaan met de oprichting van de hierboven genoemde structuren voor de specifieke opvang van deze gevallen.

**b) Een verlenging in het kader van een procedure met specifieke bepalingen, anders dan de door de wet vastgestelde procedure voor onderbrekingen in het eerste trimester.**

Volgens een tweede piste is bij de opvolging van deze aanvragen een meer gestructureerde begeleiding aangewezen, in de vorm van een zorgtraject binnen de structuren gespecialiseerd in zwangerschapsafbrekingen van het tweede semester. Deze specifieke ondersteuning kan worden toegepast vanaf 12 weken zwangerschap na de conceptie (14 WA), of kan worden gedifferentieerd naar zwangerschapsduur en worden geïmplementeerd vanaf 14/15 weken zwangerschap, waarbij zwangerschappen tussen 12 en 14/15 weken onderworpen zouden blijven aan de bestaande wettelijke bepalingen. De specifieke bepalingen moeten worden opgevat als kwaliteitscriteria voor de medische en psychosociale opvang die nodig wordt geacht bij een abortus in het tweede trimester.

Deze voorwaarden moeten een zorgtraject in twee fasen omvatten met zorgverleners die gespecialiseerd zijn in abortus. Bij de eerste fase, het psychosociale consult, moeten verplicht een psycholoog en een maatschappelijk werker betrokken zijn, die allebei gespecialiseerd zijn in abortus; de tweede fase vindt plaats bij de tussenkomende arts. De discussie moet toegespitst zijn op de specifieke kenmerken van abortus in het tweede trimester om tot een informed consent te komen, conform de wet betreffende de rechten van de patiënt. Het aanbieden van kwalitatieve, interdisciplinaire counseling en een hoog niveau van medische en sociale expertise staan centraal in deze piste.

**c) Er werd nog een derde optie onderzocht door de werkgroep, die erin bestond verzoeken in het tweede trimester gelijk te stellen aan een verzoek op grond van een medische indicatie, zonder fundamentele wetswijziging.** Na de vaststelling van belangrijke en symbolische belemmeringen die in het rapport worden beschreven, werd deze derde optie verworpen.

In alle gevallen dient aandacht besteed te worden aan de rekrutering en de opleiding van geschikt personeel, waarop verder in dit document wordt ingegaan.

#### 1.4.5 Toegang tot abortus op financieel vlak

**Het wetenschappelijk comité beveelt aan om gelijke en betaalbare toegang tot abortuszorg te garanderen voor alle zwangere vrouwen die in België verblijven, ongeacht het statuut van de patiënte of de instelling waar de procedure wordt uitgevoerd. [Aanbeveling 23]**

De financieel, sociaal en psychologisch meest kwetsbare vrouwen blijken bijzondere moeilijkheden ondervinden om toegang tot abortus te krijgen, ongeacht de duur van de zwangerschap op het ogenblik van de diagnose van de zwangerschap. Bovendien blijkt dat deze moeilijkheden resulteren in een langere tijd die nodig is om de zwangerschapsafbreking te verkrijgen. Dit is vooral problematisch voor personen zonder papieren, migranten, vluchtelingen en daklozen. De ngo Dokters van de Wereld heeft hierover een memorandum opgesteld dat wordt besproken in het rapport van het wetenschappelijk comité.

Zowel vanuit het oogpunt van gelijkheid als vanuit het oogpunt van aandacht voor de meest kansarme personen beveelt het wetenschappelijk comité aan adequate maatregelen te nemen op dit vlak, zodat in ieder geval de financiële belemmeringen worden weggenomen.

Twee opties zijn onderzocht en worden als realistisch en constructief beschouwd, en enkele leden van het Wetenschappelijk Comité hebben voorkeuren voor de ene of andere optie uitgedrukt:

**ofwel abortus gratis maken voor de vrouw**, door de financieringsprocedure tussen de overheid en de centra te regelen zonder tussenkomst van de vrouw of haar mutualiteit (wat de kwestie van de confidentialiteit zou vergemakkelijken - zie hieronder) op een wijze die vergelijkbaar is met die welke in Portugal van kracht is;

**ofwel het huidige financieringssysteem behouden, doch de toegang tot dringende medische hulp (DMH) voor abortus-gerelateerde zorg te vergemakkelijken door deze automatisch als dringende zorg te erkennen**, zoals voorgesteld in het memorandum van Dokters van de Wereld. Dit zou de tijd die nodig is om DMH te verkrijgen inkorten en interventie mogelijk maken zonder het antwoord van het bevoegde OCMW te hoeven afwachten.

Elk van die opties zou een grote stap voorwaarts betekenen wat betreft billijkheid en zou leiden tot gemiddeld kortere periodes tussen het ontdekken van de ongewenste zwangerschap en de uitvoering van de zwangerschapsafbreking. [Aanbeveling 23]

**In ieder geval beveelt het wetenschappelijk comité aan dat de kosten van abortus voor de patiënte in alle stadia van de zwangerschap gelijk zijn, ook wanneer de maximale zwangerschapsduur wordt verlengd voor abortus op verzoek. [Aanbeveling 23]**

#### 1.4.6 Zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie

De wet van 1990 voorzag in een speciale regeling voor verzoeken om zwangerschapsafbreking op grond van medische indicatie, enerzijds in het geval van een ernstig gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw, anderzijds wanneer vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In deze gevallen is er geen andere limiet aan de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken dan de aanvang van het bevallingsproces. Deze bepalingen zijn bij de herziening van de wet in 2018 opnieuw bevestigd.

Aangezien de context (afbreking van een gewenste zwangerschap), procedures, actoren en locatie van uitvoering sterk verschillen van die van een abortus op (niet-medisch) verzoek, **beveelt het wetenschappelijk comité aan de regeling van zwangerschapsafbreking om ernstige medische redenen in een afzonderlijk artikel van de wet op de vrijwillige zwangerschapsafbreking onder te brengen om de duidelijkheid van de tekst en de rechtszekerheid te vergroten. [Aanbeveling 11]**

**Het wetenschappelijk comité beveelt aan de wettelijke mogelijkheid om een zwangerschap ongeacht de zwangerschapsduur om deze ernstige medische redenen af te breken te handhaven onder de huidige voorwaarden van de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking.** Niettemin moeten bepaalde aspecten worden verduidelijkt of aangepast om rekening te houden met de ontwikkelingen van de wetenschappelijke kennis en de verworven ervaring in de praktijk. De actoren uit het werkveld en de werkgroep hebben dit standpunt unaniem verdedigd. [Aanbeveling 5]

Met betrekking tot de gezondheid van de zwangere vrouw, **beveelt het wetenschappelijk comité aan duidelijk te maken dat de deze “gezondheid” ook ernstige bedreigingen voor de mentale gezondheid omvat.** Een voorbeeld van een formulering zou kunnen zijn: “Een zwangerschap kan worden afgebroken (...) wanneer dit gepast wordt geacht gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw.” [Aanbeveling 7]

Dankzij de evolutie van de kennis over aandoeningen en de ontwikkeling van genetische testen kan een groot aantal aandoeningen waarvoor een prenatale diagnose mogelijk is beter worden opgespoord. Deze ontwikkelingen hebben ook bijgedragen tot het beter begrijpen en meten van de risico's en prognose van afwijkingen die doorgaans geen alles-of-niets scenario betreffen. **Om die reden beveelt het wetenschappelijk comité aan om, in overeenstemming met de huidige stand van zaken, de “zekerheid” van de bijzonder ernstige en ongeneeslijke aandoening van het ongeboren kind te vervangen door een risicobegrip.** Verschillende opties werden geschikt geacht, waaronder “(zeer) hoog risico” / “aanzienlijk risico” / “substantieel risico” / “verhoogde kans”. [Aanbeveling 6]

Voorts beveelt het wetenschappelijk comité aan om geen lijst op te stellen van ernstige aandoeningen die aanleiding kunnen geven tot een wettige zwangerschapsafbreking. Dergelijke lijst strookt niet met de aanbeveling om een bepaalde klinische situatie in al haar dimensies in aanmerking te nemen, noch met de ethiek van deze delicate materie. Het opstellen van een lijst van deze aandoeningen zou er immers toe leiden dat deze aandoeningen worden geïnterpreteerd als zijnde “ongewenst” in de samenleving en zou bijdragen tot een afglijden naar een vorm van staatseugenetica, in strijd met de democratische visie waaraan wij zoveel waarde hechten. Het verzoek om een zwangerschapsafbreking moet een individueel verzoek blijven van een zwangere persoon of een koppel in deze situatie en moet met de nodige empathie en geïndividualiseerde zorg worden opgevangen en begeleid. **[Aanbeveling 6]**

**Het wetenschappelijk comité beveelt aan de betrokkenheid van een tweede arts te behouden zoals momenteel wordt voorzien in de wet, mits verduidelijking dat deze laatste gespecialiseerd moet zijn in de hoofdaandoening van de vrouw/de foetus. Het wetenschappelijk comité raadt tevens aan de bestaande positieve praktijken te formaliseren en een consultatief multidisciplinair overleg in te voeren alvorens een zwangerschap om ernstige medische redenen af te breken, zonder evenwel de uiteindelijke beslissing toe te vertrouwen aan het multidisciplinaire team. Die beslissing moet in handen blijven van de twee artsen en de vrouw of het koppel. Overleg met het multidisciplinaire team mag geen verplichting zijn in geval van een medische noodsituatie. **[Aanbeveling 8]****

Om zowel principiële redenen op het gebied van de gezondheidszorg als ethische redenen **beveelt het wetenschappelijk comité aan uitdrukkelijk de rol van de zwangere vrouw in dit proces te erkennen.** Zij moet haar bekommernissen en wensen kenbaar kunnen maken en samen met de artsen aan het besluitvormingsproces kunnen deelnemen. **[Aanbeveling 8]**

Een voorbeeld van een formulering zou kunnen zijn: “Een zwangerschap kan, ongeacht de zwangerschapsduur, worden afgebroken wanneer de verantwoordelijke arts en een tweede arts die gespecialiseerd is in de hoofdaandoening waaraan de vrouw/het ongeboren kind lijdt, na de zwangere vrouw te hebben gehoord en een multidisciplinair team te hebben geraadpleegd, concluderen dat de afbreking van de zwangerschap noodzakelijk is om een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw te voorkomen of dat er een aanzienlijk risico bestaat dat het ongeboren kind zal lijden aan een bijzonder ernstige aandoening die op het moment van de diagnose als ongeneeslijk wordt beschouwd. De betrokken artsen en het multidisciplinaire team houden rekening met de stand van de medische kennis, de professionele normen en de deontologie. Het bovenstaande besluitvormingsproces dient niet te worden gevolgd indien er voor de zwangere vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen.” **[Aanbeveling 8]**

Het multidisciplinaire overleg moet worden erkend en ondersteund, bijvoorbeeld door ze op te nemen als een door het RIZIV gefinancierde multidisciplinaire overleg. **[Aanbeveling 22]**

Voorts, net zoals dat het geval is voor vrouwen en koppels die een laat miskraam of de bevalling van een levenloos kind hebben doorgemaakt, **beveelt het wetenschappelijk comité maatregelen aan om vrouwen en koppels te begeleiden en te steunen na een zwangerschapsafbreking ten gevolge van een ernstige medische aandoening.** Dergelijke begeleiding omvat initiatieven die administratieve, psychologische, juridische en sociale bijstand verlenen aan patiënten/koppels die een gewenste zwangerschap afbreken na de ontdekking van ernstige medische aandoeningen. **[Aanbeveling 19]**

Dit vereist ook dat **de verschillende wettelijke verplichtingen en rechten in verband met de zwangerschapsafbreking na een bepaalde zwangerschapsduur, waaronder die die verband houden met de (vrijwillige of verplichte) registratie van een levenloos kind bij de burgerlijke stand, voor zowel de ouders als de zorgverleners worden verduidelijkt. **[Aanbeveling 21]****

Meer in het algemeen stelt het comité vast dat het moeilijk is om een volledige registratie door ziekenhuizen te verkrijgen van de zwangerschapsafbrekingen, in het bijzonder de afbrekingen op grond van medische indicaties. Deze situatie is nadelig voor de opbouw van onmisbare collectieve kennis die nodig is om *good practices* en initiatieven ter preventie te bevorderen. Enerzijds lijkt het erop dat sommige ziekenhuisartsen zich niet aangesproken voelen door de meldingsplicht vanwege het bijzondere karakter van de medische zwangerschapsafbreking, en dat bewustmakingsinitiatieven moet worden ondernomen. Anderzijds wordt de activiteit van de zwangerschapsafbreking en de registratie ervan in de ziekenhuizen niet gefinancierd, in tegenstelling tot in de ambulante centra. **Het Comité beveelt financiële steun aan voor de organisatie, documentatie en rapportage van de zwangerschapsafbrekingen in het ziekenhuis, met name in het kader van een zwangerschapsafbreking wegens een ernstige medische aandoening. **[Aanbeveling 22]****

Bovendien, en dit zou kunnen gebeuren via de nieuwe bevoegdheden die later in dit document voor de Nationale Evaluatiecommissie worden voorgesteld, stelt het wetenschappelijk comité voor initiatieven te ondersteunen die de zorgverleners van verschillende instellingen de kans bieden hun ideeën, protocollen en benaderingen inzake zwangerschapsafbreking om ernstige medische redenen uit te wisselen. **[Aanbeveling 22]**

#### 1.4.7 De kwestie van zorgverleners, een sleutelement in de toepassing van de wet

Alle actoren wijzen op de moeilijkheid om gekwalificeerd personeel, in het bijzonder medisch personeel, aan te werven. Dit probleem doet zich ook voor in de buurlanden, die allen geconfronteerd worden met een zeker gebrek aan belangstelling voor een activiteit die niet meer de militante mobilisatie van de vorige eeuw kent. Over het algemeen beschouwen zowel het publiek als de professionals het recht op abortus als een verworven recht. Deze perceptie zal toenemen met het geleidelijk verdwijnen van de historische actoren, tenzij de repressieve tegenkanten aan de andere kant van de Atlantische Oceaan en in bepaalde Europese landen de mensen ervan bewust maakt dat, op juridisch vlak, niets definitief verworven is.

Op dit vlak **beveelt het wetenschappelijk comité aan** de kwalificaties beter te omschrijven die nodig zijn om abortussen (volgens zwangerschapsduur of methoden) in alle veiligheid aan te bieden. Dankzij een dergelijke analyse zouden **activiteiten in kaart kunnen worden gebracht waarbij zorgverleners die geen arts zijn (bijvoorbeeld vroedkundigen, verpleegkundigen, enz., wat een aanpassing van de opleiding en de wet vereist), kunnen worden ingeschakeld voor het uitvoeren van zwangerschapsafbreking, in het bijzonder voor medicamenteuze abortus in het eerste trimester**, ter aanvulling van de bestaande teams die te kampen hebben met een tekort aan abortusartsen. **[Aanbeveling 16]**

Om het huidige tekort aan medische hulpverleners te bestrijden **moeten bewustmaking en opleiding over abortus veel meer als verplichte basiskennis worden opgelegd aan alle studenten geneeskunde** (met inbegrip van kennis over de geschiedenis, de sociale en psychologische context, de juridische en volksgezondheidsoverwegingen en de algemene gegevens inzake abortus in België). **[Aanbeveling 14]**

Op het niveau van de abortuspraktijk **beveelt het wetenschappelijk comité aan financiële stimulansen in te voeren voor zorgverleners**. Dit kan door middel van een gecertificeerde (doch niet verplichte) opleiding op het niveau van het ministerie van Volksgezondheid, gepaard met verhoogde RIZIV-codes voor de terugbetaling van medische handelingen gerelateerd aan de abortuspraktijk door gekwalificeerde zorgverleners, zoals die voorhanden zijn voor geaccrediteerde artsen of gespecialiseerde verpleegkundigen. **[Aanbeveling 14]**

De mogelijke verlenging van de termijn voor abortus op verzoek in het tweede trimester impliceert een bijzondere inspanning om nieuwe medische faciliteiten op te richten, evenals de rekrutering van artsen met reeds bestaande deskundigheid en ervaring op het gebied van abortus in het tweede trimester en/of het aanmoedigen van opleidingen in het buitenland om de nodige deskundigheid te verwerven. **[Aanbeveling 14]** In dit verband wijzen we erop dat afbrekingen in het tweede trimester ofwel medicamenteus kunnen worden uitgevoerd, waarbij een kleine bevalling wordt geïnduceerd (de techniek die momenteel door obstetrische afdelingen in ziekenhuizen voor medische zwangerschapsafbrekingen wordt gebruikt),

ofwel chirurgisch, waarbij er een fragmentatie plaatsvindt en foetale en placentastukjes worden verwijderd.

Het algemene standpunt in de wetenschappelijke literatuur, de internationale richtlijnen en de hoorzittingen aangaande de praktijk in Nederland en Engeland wijzen erop dat de twee benaderingen vergelijkbaar zijn wat betreft veiligheid en doeltreffendheid, met aanvaardbaar lage, doch enigszins verschillende complicatierisico's afhankelijk van de benadering. De algemene consensus is dat beide technieken beschikbaar moeten zijn en kunnen worden gekozen afhankelijk van de situatie en de voorkeur van de vrouwen (een grote meerderheid van vrouwen lijkt in het tweede trimester te kiezen voor de chirurgische benadering om een reeks redenen die in het rapport worden uiteengezet). Niettemin sprak een lid van werkgroep 3 zich uit tegen de invoering van chirurgische abortus als zijnde gewelddadig, anachronistisch en incoherent wanneer er een andere techniek beschikbaar is, en betwijfelde het lid of er artsen kunnen worden gevonden die de techniek willen toepassen. De rest van de werkgroep en het wetenschappelijk comité waren van mening dat beide technieken beschikbaar moeten zijn en dat de nieuw opgerichte centra zoals hierboven aanbevolen in dat geval beide moeten aanbieden. Niettemin acht het Wetenschappelijk Comité het niet aan de wetgever om de te gebruiken medische technieken te bepalen, mede gelet op het feit dat deze technieken steeds kunnen evolueren naargelang de ontwikkeling van de beschikbare wetenschappelijke en medische gegevens.

#### 1.4.8 Registratie, gegevensverzameling en de rol van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking

Het wetenschappelijk comité vestigt de aandacht op het werk van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking op het vlak van transparantie en goede voorstellen. **Het beveelt aan de missies van de Nationale Evaluatiecommissie voor Zwangerschapsafbreking uit te breiden om de Evaluatiecommissie, naast haar huidige, te handhaven rol, een actieve rol te geven bij de verbetering van de kwaliteit van de voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden verzamelde gegevens**. Deze missies hebben steeds tot doel bij te dragen tot een beter begrip van de sociale en maatschappelijke context waarin abortussen worden uitgevoerd en tot een verbeterde bijstand van vrouwen. **[Aanbeveling 20]**

Om een grondigere wetenschappelijke en kwalitatieve analyse van de gegevens mogelijk te maken, zou de Nationale Evaluatiecommissie over een budget moeten beschikken waarmee ze, naast de analyse van systematisch verzamelde gegevens, het initiatief voor specifieke studies kan nemen. Een dergelijke aanpak zou een verdere evolutie van de gegevensverzameling en een betere beoordeling, harmonisatie en vereenvoudiging van de verschillende vereisten inzake gegevensregistratie voor gezondheidsprofessionals in het kader van de zwangerschapsafbreking mogelijk maken. **[Aanbeveling 20]**



Voorts beveelt het wetenschappelijk comité, nog steeds met oog op kwaliteitsverbetering, aan om de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking de opdracht toe te vertrouwen om *good practices* en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus uit te werken, waarbij de zorgverleners en de universiteiten worden betrokken. **[Aanbeveling 20]**

Ten slotte beveelt het wetenschappelijk comité aan om de gezondheidsprofessionals bewust te maken van het wetenschappelijke belang van een nauwkeurige registratie van de uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, in het bijzonder bij zorgverleners die zwangerschapsafbrekingen verrichten op grond van ernstige aandoeningen van de foetus/zwangere vrouw. **[Aanbeveling 20]**

Om registratie te faciliteren is het aanbevolen dat de wetgever de verschillende registratieverplichtingen die bestaan voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking evalueert, synchroniseert en vereenvoudigt. **[Aanbeveling 20]**

#### 1.4.9 Structuur en terminologie van de wet

**Het wordt aanbevolen de algemene structuur van de wet inzake vrijwillige zwangerschapsonderbreking te verbeteren en de gebruikte terminologie te herzien** door bepaalde gedateerde en (onnodig) genderspecifieke formuleringen, alsook taalkundige inconsistenties, te vermijden. **[Aanbeveling 11]**

Om onduidelijkheid bij de berekening van de zwangerschapsduur te voorkomen, beveelt het Comité aan om in de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking en aanverwante wetgeving de zwangerschapsduur op te nemen in zowel weken post-conceptie (PC) en weken amenorroe (WA). **[Aanbeveling 11]**

Ten slotte achtte het wetenschappelijk comité het niet zinvol om de specifieke procedure af te schaffen waarbij de vrouw op de dag van de zwangerschapsafbreking een document ondertekent waarin zij haar verzoek tot zwangerschapsafbreking bevestigt, zowel in het geval van zwangerschapsafbreking op verzoek als in het geval van medische zwangerschapsafbreking. Het beveelt aan deze enigszins specifieke procedure ter verkrijging van een bijzondere en uitgebreide geïnformeerde toestemming, te handhaven.

#### 1.4.10 De strafsancities

**Het Wetenschappelijk Comité, dat blijkt geeft van begrip voor de moeilijke situaties waarin deze vrouwen zich vaak bevinden, beveelt aan om het bekomen of zelf uitvoeren door zwangere vrouwen van zwangerschapsafbreking in strijd met de wet uitdrukkelijk te decriminaliseren.** Om aan te sluiten bij een groeiende mensenrechtenconsensus, en ongeacht het ontbreken van juridische precedentes waarbij vrouwen gestraft worden na abortus in België, acht dit Comité de theoretische mogelijkheid om vrouwen op te sluiten of te beboeten voor een abortus in strijd met één

of meerdere voorwaarden van de wet ongepast. Daarentegen beschouwt het wetenschappelijk comité het als een plicht van de zorgverleners om ervoor te zorgen dat de voorwaarden van de wet worden gerespecteerd en dat vrouwen in nood worden geïnformeerd over hun mogelijkheden. **[Aanbeveling 9]**

Met betrekking tot de zorgverleners die, zoals bij alle handelingen die ze stellen in de gezondheidszorg, verantwoordelijk zijn voor de goede uitvoering van die handelingen, beveelt het wetenschappelijk comité aan in de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking de voorkeur te geven aan abortus-specifieke sancties boven de toepassing van algemene misdrijven voor zorgverleners die de voorwaarden van de wet zouden overtreden. Een diversificatie van de strafrechtelijke sancties kan worden overwogen, afhankelijk van de aard van de overtreding. **[Aanbeveling 9]**

#### 1.4.11 Communicatie en voorlichting over abortus

In de huidige context van sociale netwerken en initiatieven van anti-abortusgroepen, is de toegang tot correcte informatie voor personen die hulp zoeken bij een ongewenste zwangerschap een uitdaging geworden. **Het wetenschappelijk comité beveelt aan om een moderne en evolutieve website op federaal niveau te lanceren die objectieve en concrete informatie over abortus en de beschikbare structuren waar abortussen worden uitgevoerd, bundelt.** Deze website moet gemakkelijk vindbaar zijn aan de hand van geschikte trefwoorden. **[Aanbeveling 24]**

De officiële websites van de regering, het ministerie van Volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen, abortuscentra en ziekenfondsen moeten naar deze algemene website verwijzen. Het doel is ervoor te zorgen dat de informatie in overeenstemming is met de Belgische wetgeving, volledig en gecentraliseerd is en dat vrouwen die informatie over zorgverlening rond abortus zoeken niet worden misleid en geen tijd verliezen. **[Aanbeveling 24]**

Voorts moeten moderne communicatietools worden gebruikt om **op nationaal niveau voorlichtingscampagnes over contraceptie en abortus te voeren**, met vermelding van de juridische context en het soort structuren waar abortussen worden aangeboden. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de verspreiding van informatie over abortus en contraceptie onder de meest kwetsbare groepen. **[Aanbeveling 24]**

#### 1.4.12 Confidentialiteit van zorgverlening rond abortus

In de context van digitalisering en geautomatiseerde stromen van gezondheidsdata is de confidentialiteit van abortusprocedures en aanverwante zorg voor patiënten die dat wensen, problematisch geworden. Het RIZIV lijkt zich bewust van dit probleem (dat ook op andere gevoelige gebieden van gezondheidszorg speelt), maar er zijn nog geen passende maatregelen genomen om het op te lossen.

**Het wetenschappelijk comité beveelt aan prioriteit te geven aan de ontwikkeling van procedures die nodig zijn om deze confidentialiteit te garanderen wanneer vrouwen of koppels dit wensen.** Deze procedures moeten de patiënte in staat stellen per geval te beslissen welke gezondheidsprofessional toegang heeft tot haar gegevens in haar dossier (ziekteverzekeringsdossier, gedigitaliseerd algemeen medisch dossier, ziekenhuisdossier, medicatiedossier, gegevens van de klinische biologie, en informatie die aan de huisarts wordt verstrekt). **[Aanbeveling 25]**

Zolang de gepaste oplossingen op vlak van confidentialiteitsgaranties niet effectief zijn, suggereert het Comité dat de mogelijkheid moet worden geboden, niettegenstaande de Kwaliteitswet, om de gegevens over de abortusingreep en de daarmee verband houdende zorg in een papieren dossier te bewaren of in een lokaal elektronisch dossier dat, indien nodig, met gezondheidsprofessionals kan worden gedeeld. **[Aanbeveling 25]**

Aan de kwestie van confidentialiteit zijn meerdere facetten verbonden, met inbegrip van voorschriften voor specifieke geneesmiddelen, de terugbetaling van medische handelingen door ziekteverzekeraars, of analyses die alleen zichtbaar en toegankelijk zouden mogen zijn voor de voorschrijvende arts (bv. resultaten van hCG-bloedtests). **[Aanbeveling 25]**

#### 1.4.13 Abortus en de grondwet

Ten slotte heeft het Wetenschappelijk Comité, gelet op verwerping van een grondwettelijk recht op abortus in de Verenigde Staten, het vraagstuk van een grondwettelijke verankering van een recht op vrijwillige abortus in België overwogen. Het stelt vast dat de bescherming van de toegang tot abortus onder het huidige recht op eerbiediging van het privéleven in artikel 22 Gw. reeds aanwezig lijkt, doch eerder onzeker is naar draagwijdte. Artikel 22 Gw. verwijst terug naar de wetgever, die invulling geeft aan dit recht en de uitzonderingen daarop bepaalt. De uiteindelijke overeenstemming van abortuswetgeving met een grondwettelijk recht op eerbiediging van het privéleven van de vrouw zal afhangen van een grondwettelijke toets door het Grondwettelijk Hof. **Het Wetenschappelijk Comité acht een explicietere grondwettelijke verankering van het recht op abortus mogelijk, doch geeft aan dat, afhankelijk van de gekozen formulering, dat recht eveneens in meerdere of mindere mate onderhevig kan zijn aan juridische en politieke inmenging.** Het beveelt aan om, ongeacht een potentiële grondwettelijke verankering van het recht op abortus, een maatschappelijk debat te behouden over en waakzaam te blijven voor ontwikkelingen in de context van reproductieve en seksuele rechten. **[Aanbeveling 12]**

## Conclusie

Al eeuwenlang worden vrouwen geconfronteerd met de gevolgen van ongewenste zwangerschappen, veelal alleen en met gevaar voor hun gezondheid of eigen leven, en dit in een voornamelijk door mannen meedogenloos bestuurd wereld. Deze realiteit evolueerde wereldwijd, in Europa en in België vanaf het einde van de 19e eeuw, onder impuls van feministische bewegingen. De Peers-affaire betekende een keerpunt voor ons en maakte de weg vrij voor toegang tot veilige zwangerschapsafbreking zonder winst oogmerk, wat werd bekrachtigd door de Lallemand-Michielsen-wet van 1990. Hierbij werden beperkingen en procedures ingevoerd (waarvan sommigen werden opgeheven tijdens de herziening van 2018) die niet langer overeenstemmen met de opvattingen in de huidige samenleving, noch met de plaats die vrouwen innemen, noch met de wetenschappelijke vooruitgang, de medische praktijk, en de ervaring die gedurende meer dan drie decennia werd opgedaan. Om die redenen beveelt dit rapport aan de wet te herzien, op een manier die meer ruimte voor de autonomie van de vrouw inhoudt; een aanbeveling die het Wetenschappelijk Comité eerbiedig voorlegt aan de vertegenwoordigers van de natie aan wie de besluitvorming toekomt. De voorstellen die hier zijn opgenomen moeten geen angst opwekken voor een banalisering van abortus in onze samenleving, voornamelijk omwille van wat Simone Veil voor het Franse parlement heeft gezegd tijdens de debatten aangaande de wet van 1975: “Je voudrais tout d’abord vous faire partager une conviction de femme - je m’excuse de le faire devant cette Assemblée presque exclusivement composée d’hommes: aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l’avortement. Il suffit d’écouter les femmes.”

## Dankwoord

Het Wetenschappelijk Comité dankt de leden van de “Vivaldi”-meerderheid voor het in haar gestelde vertrouwen en het feit dat zij het werk en de reflecties vrij heeft kunnen organiseren. De tijd en middelen die aan dit project zijn besteed, ook al vormden ze soms een onvermijdelijke beperking, hebben ertoe bijgedragen dat dit rapport in volledige autonomie en op een serene manier is opgesteld.

Het Wetenschappelijk Comité wenst de niet aflatende logistieke steun van de VLIR en haar secretaris-generaal, de heer Koen Verlaeckt, met oog op een goede organisatie van de werkzaamheden, te benadrukken. Zij worden hartelijk bedankt.

Dank moet ook worden gericht aan alle mensen die hebben deelgenomen aan het werk en die tijd hebben besteed en inspanningen hebben geleverd aan het voeren van dit proces, waaronder de leden van het wetenschappelijk comité en de werkgroepen, en de deskundigen die tijdens hoorzittingen zijn gehoord.

De som van al deze inspanningen heeft het mogelijk gemaakt om dit rapport te schrijven, waarvan we hopen dat het zal beantwoorden aan de vragen van de leden van de federale meerderheid en dat het nuttig zal zijn om de zorg bij verzoeken tot zwangerschapsafbreking in ons land te verbeteren. Het Wetenschappelijk Comité hoopt, ongeacht de hem toevertrouwde opdracht, dat dit rapport een zo betrouwbaar mogelijke weergave is – hoewel geenszins exhaustief - van de realiteit in de praktijk, maar ook dat het analysesleutels biedt, enerzijds door rekening te houden met eerder werk en de huidige kennis, en anderzijds door nieuwe perspectieven te bieden. Het Comité richt zicht tot het Federaal Parlement wat betreft de appreciatie van de situaties en analyses die in dit rapport worden beschreven, alsook van de aanbevelingen die op basis daarvan werden geformuleerd.

## 2. Historische en maatschappelijke achtergrond van abortus

Bijdrage van Bérengère Marques-Pereira & Yvon Englert

Zwangerschapsafbreking gebeurt al sinds mensenheugenis: als Hippocrates het in de 4e eeuw voor Christus zinvol vond om deze praktijk te verbieden in zijn beroemde eed “[...] Ik zal nooit aan een vrouw een middel toedienen ter vernietiging van ontkiemend leven [...]” (eed van Hippocrates), dan was dat omdat die toen al werd toegepast.

Het debat zoals dat vandaag wordt gevoerd, gaat echter twee of drie eeuwen terug en kan in verband worden gebracht met vier dimensies van onze hedendaagse geschiedenis: de demografische evolutie (in Europa tussen 1850 en 1920), de secularisatie van de samenleving, de emancipatie van de vrouw en de vooruitgang op het gebied van de volksgezondheid.

Zwangerschapsafbreking komt steeds vaker voor ten gevolge van de bevolkingsexplosie die aanvangt met de daling van de kindersterfte medio 18e eeuw. Het grotere aantal kinderen per gezin wordt op dat moment problematisch omdat dit gepaard gaat met een massale verstedelijking, met krappe en dure woningen en extreme armoede onder de arbeidersklasse. Vooral in Frankrijk, waar de Napoleontische oorlogen een zware tol eisten onder de jonge plattelandsbevolking<sup>2</sup>, vinden de autoriteiten het “te lage” geboortecijfer in vergelijking met Duitsland zorgwekkend. “Kinderen maken voor het vaderland” blijkt van strategisch belang te zijn voor de invloed van Frankrijk, zijn rivaliteit met het Duitse Rijk en de bevolking van de koloniën. Het resultaat is een beleid dat gericht is tegen alle geboortebeperkende strategieën, zowel anticonceptie als abortus. Dit creëert ruimte voor een coalitie (of zelfs samenspanning) tussen Kerk en Staat, die zich om verschillende maar complementaire redenen verzetten tegen wat toen “een misdaad tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid” werd genoemd. Het is tegen die achtergrond dat het artikel van de Code Napoléon van 1810 dat abortus verbiedt, moet worden geïnterpreteerd (artikel 317):

*“Al wie door spijzen, dranken, artsenijen, gewelddadigheden of eenig ander middel, het misvallen van eene zwangere vrouw bewerkt zal hebben, hetzij zij zelve daarin toestemt of niet, zal met het tuchthuis gestraft worden.*

*Dezelfde straf zal uitgewezen worden tegen de vrouw, die zich zelve een misdragt bewerkt zal hebben of die toegestemd zal hebben om de middelen, haar ten dien einde voorgeschreven of toegediend, te gebruiken, in gevalle het misvallen daarop gevolgd is.*

<sup>2</sup> Napoleon zou gezegd hebben: “Ik heb 100.000 man te spenderen”. (Dupâquier, 1970).

*De genees- en heelmeesters en soortgelijke beambten, (officiers de santé), gelijk ook de artsenijbereiders, die deze middelen voorgeschreven of toegediend zullen hebben, zullen, in gevalle het misvallen plaats gehad heeft, tot dwangarbeid voor een tijd veroordeeld worden.”*

Een soortgelijke ontwikkeling doet zich voor in Engeland, waar in 1861 twee artikelen in de “Offences Against the Person Act (OAPA)” worden opgenomen die specifiek gewijd zijn aan de bestrijding van abortus, namelijk artikel 58: “unlawful procurement or miscarriage” by pregnant women or others, en artikel 59: “supplying or procuring an instrument or ‘poison or other noxious thing’ knowing it is intended to be used to procure the miscarriage of a woman”. Deze artikelen bestraffen zowel de vrouw of de persoon die abortus ondergaat als de persoon die daartoe de middelen verschafft. (Sheldon & Wellings, 2020)

Na de onafhankelijkheid van België neemt het Strafwetboek van 1867 de begrippen over van de Code Napoléon van 1810 in zijn artikelen 348 tot 353, zij het met enkele opmerkelijke verschillen:

*“Artikel 348. Hij die door spijzen, dranken, artsenijen, door geweld of door enig ander middel opzettelijk vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin niet heeft toegestemd, wordt gestraft met opsluiting. Indien de gebruikte middelen hun uitwerking hebben gemist, vindt artikel 52 toepassing.*

*Artikel 349. Wanneer de vruchtafdrijving wordt veroorzaakt door geweld, opzettelijk gepleegd, maar zonder het oogmerk om afdrijving te verwekken, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van drie maanden tot twee jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot driehonderd frank. Wordt het geweld gepleegd met voorbedachten rade of met kennis van de toestand van de vrouw, dan is de gevangenisstraf zes maanden tot drie jaar en de geldboete vijftig frank tot vijfhonderd frank.*

*Artikel 350. Hij die door spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel de vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin heeft toegestemd, wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van twee jaar tot vijf jaar en tot geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.*

*Artikel 351. De vrouw die opzettelijk de afdrijving van haar vrucht veroorzaakt, wordt gestraft met gevangenisstraf van twee tot vijf jaar en met geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.*

*Artikel 352. Wanneer de middelen, gebruikt met het oogmerk om vruchtafdrijving te verwekken, de dood ten gevolge hebben, wordt hij die ze met dat oogmerk heeft aangewend of aangewezen, veroordeeld tot opsluiting indien de vrouw in de afdrijving heeft toegestemd, en tot dwangarbeid van tien jaar tot vijftien jaar indien zij daarin niet heeft toegestemd.*

*Artikel 353. Indien de schuldige, in de gevallen van de artikelen 348, 350, 351 en 352, een geneesheer, heelkundige, verloskundige, vroedvrouw, officier van gezondheid of apotheker is, worden de bij die artikelen onderscheidenlijk bepaalde straffen vervangen door opsluiting, dwangarbeid van tien jaar tot vijftien jaar, of van vijftien jaar tot twintig jaar, naar gelang het gevangenisstraf, opsluiting of dwangarbeid van tien jaar tot vijftien jaar betreft.”*

De omslag van de Code Napoléon van 1810 naar het Strafwetboek van 1867 wordt door Stéphanie Villers als volgt toegelicht (Villers, 2013):

“Het Belgische Strafwetboek, dat op 15 oktober 1867 in werking trad, betekent een echte stap voorwaarts vermits het rekening houdt met omstandigheden zoals het ontbreken van toestemming van de vrouw, het overlijden van de vrouw die abortus heeft gepleegd, onvrijwillige abortus of poging tot abortus. Anderzijds is abortus het eerste strafbare feit dat is opgenomen in Titel VII - Boek II: “Misdrijven en wanbedrijven tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid”. In tegenstelling tot de Code Napoléon van 1810 treft de vrijwillige zwangerschapsafbreking niet langer, althans formeel, een persoon, maar wel de gezinsorde: het is een aanval op de samenleving en de zedelijkheid. De reikwijdte van het strafbare feit is veel breder: abortus wordt meer vanuit een maatschappelijk oogpunt dan vanuit een individueel standpunt beschouwd. Het algemene kader van deze wetsartikelen werd dus bepaald door de krachtige motieven van veiligheid van het gezin en eerbiediging van de goede zeden. De wetgever legt ze niet uit, wat ons doet aannemen dat ze destijds vanzelfsprekend waren. Het is dus eerder de bescherming van het gezin dan van het kind, en nog minder van de moeder, die de wetgeving in de artikelen 348 tot 353 tracht te waarborgen. De foetus wordt niet beschermd omwille van zichzelf als toekomstig kind, maar als lid van een gezin, de belangrijkste waarde in de toenmalige samenleving. Deze basis voor repressie is eigen aan het Belgische recht.”

## 2.1 De woelige intrede van het debat rond voortplanting in de 20e eeuw

Door vrouwen ondergeschikt te maken aan de gezinsorde botsen de westerse staten met de feministische bewegingen van die tijd. Zij propageren geboortebeperving als een middel om vrouwen te emanciperen, zowel vanwege de vaststelling dat vrouwen uitgeput raken door opeenvolgende zwangerschappen en de daarmee gepaard gaande lasten, als om moedersterfte tegen te gaan, wat in die tijd een gevreesd en veel voorkomend verschijnsel is. Het eerste centrum voor gezinsplanning wordt in 1916 in Brooklyn geopend door Margaret Sanger (die daarvoor wordt vervolgd en in de gevangenis belandt), snel gevolgd door een centrum in Londen dat in 1921 wordt geopend onder invloed van Marie Stopes, beiden feministen en vrouwenrechtenactivisten die anticonceptie willen bevorderen.

Het is in die context dat, in Frankrijk, Engeland en België, wetgeving die proselietisme ten gunste van anticonceptie en abortus tegengaat, wordt verstrengd. In België wordt, waarschijnlijk in navolging van de gelijkende Franse wet van 31 juli 1920, in 2023 een wet aangenomen die zowel het promoten van anticonceptie als abortus op gelijke voet strafbaar stelt. Het voorstel, dat 10 jaar eerder al werd ingediend door de katholiek Carton de Wiart, wordt goedgekeurd in de nasleep van het bloedbad van de Grote Oorlog en toont aan hoe groot de bezorgdheid over de demografische cijfers wel is.

De bepalingen van 1923 worden opgenomen in artikel 383 van het Strafwetboek. Hoewel de terminologie hier en daar gaandeweg is gewijzigd, wordt die hieronder weergegeven zoals die luidde vóór de opheffing ervan in 2018.

*“Met dezelfde straffen wordt gestraft*

*Hij die, hetzij door het tentoonstellen, verkopen of verspreiden van geschriften, al dan niet gedrukt, hetzij door enig ander publiciteitsmiddel, het gebruik van enig middel om vruchtafdrijving te veroorzaken aanprijst, aanwijzingen verstrekt omtrent de wijze waarop het wordt aangeschaft of gebruikt, of personen die het toepassen, doet kennen met het doel hen aan te bevelen.”*

*en*

*“Hij die artsenijen of tuigen, speciaal bestemd om vruchtafdrijving te veroorzaken of als zodanig voorgesteld, tentoonstelt, verkoopt, verspreidt, vervaardigt of doet vervaardigen, doet invoeren, doet vervoeren, aan een vervoer- of een distributieagent overhandigt, door enig publiciteitsmiddel bekendmaakt.”*

In “La question de la dénatalité et la loi de 1923” heeft Stéphanie Villers hierover het volgende te zeggen:

“In 1923 vult de Belgische wetgever artikel 383 van het Strafwetboek aan met een wet die propaganda voor anticonceptie en abortus bestraft. Voortaan is dit artikel, dat het hoofdstuk over openbare schennis van de goede zeden inleidt, niet meer alleen bedoeld om de verspreiding van obsceniteiten te voorkomen, maar ook om twee vormen van propaganda die schadelijk zijn voor de gezinsorde aan banden te leggen. De katholiek Carton de Wiart, schrijver van het wetsvoorstel, benadrukt tijdens de parlementaire besprekingen de nieuwheid van deze dubbele bedreiging:

“Dit dubbele gevaar, dat nu voor alle wetgevers duidelijk is, bestond niet of nauwelijks toen het strafwetboek in 1810 werd opgesteld. Het bestond ook niet in zorgwekkende mate toen het Belgische parlement in 1867 het strafwetboek besprak.”<sup>3</sup> (vrij vertaald)

<sup>3</sup> Parlementaire handelingen, Kamer van volksvertegenwoordigers, 1921-1922, Besprekingen, 22 maart 1922, blz. 458.

Maar welk ‘gevaar’ schuilt er achter de propaganda voor anticonceptie en abortus? Dergelijke propaganda wordt als gevaarlijk beschouwd omdat die vruchtbaarheidscontrole aanmoedigt. Sinds de tweede helft van de 19e eeuw is geboortebeperking in België geleidelijk aan ingeburgerd geraakt. Echter wordt die ontwikkeling in een context van toenemend nationalisme door de leiders met een scheef oog bekeken. Als gezinnen minder kinderen voor het land ‘leveren’, staat de toekomst van de natie immers op het spel. Aan het begin van de 20e eeuw worden de Belgische en Franse regeringen overmand door een vrees voor ontvolking en het verdwijnen van hun land, dat door een vreemde mogendheid zou kunnen worden ingenomen. De strijd tegen de interne vijand, namelijk geboortebeperking, barst los. Dit wordt in de nasleep van de Eerste Wereldoorlog in de wet vastgelegd door de toevoeging van snelle strafmaatregelen. Abortus wordt op dat moment gezien als een daad die indruist tegen de belangen van de maatschappij en de staat. Belangrijker dan de wijzigingen die de wet van 20 juni 1923 doorvoert, is het om de geest van de tijd waarin de wet wordt ingevoerd te kennen en te begrijpen. Want ook al lijkt het gebruik van voorbehoedsmiddelen tegenwoordig bijna vanzelfsprekend en zelfs logisch, we mogen niet uit het oog verliezen dat dit ‘voorrecht’ het resultaat is van een lange strijd. Aan het begin van de 20e eeuw was er op dat gebied nog niets bereikt. De bescherming van ras en vaderland primeert op het welzijn van vrouwen.” (Villers, 2013)

Deze wetten (de wet van 1867 en die van 1923) waren van kracht tot de hervorming van 1990. De convergentie (of toenadering) tussen de wens van de katholieke kerk om haar kudde te zien groeien (“Weest vruchtbaar, en vermenigvuldigt, en vervult de aarde, en onderwerpt haar, [...] “Genesis 1:18) en de demografische evolutie verklaart het verband tussen de bestraffing van anticonceptie en de bestraffing van abortus, terwijl het, binnen een visie van abortuspreventie, logischer zou zijn om te investeren in een anticonceptiebevorderend beleid. Daarnaast moet die bestraffing ook worden gezien als een vorm van seksuele controle (van vrouwen) door seksualiteit te associëren met het risico van zwangerschap.

## 2.2 De kwestie van volksgezondheid en de strijd tegen illegale abortus

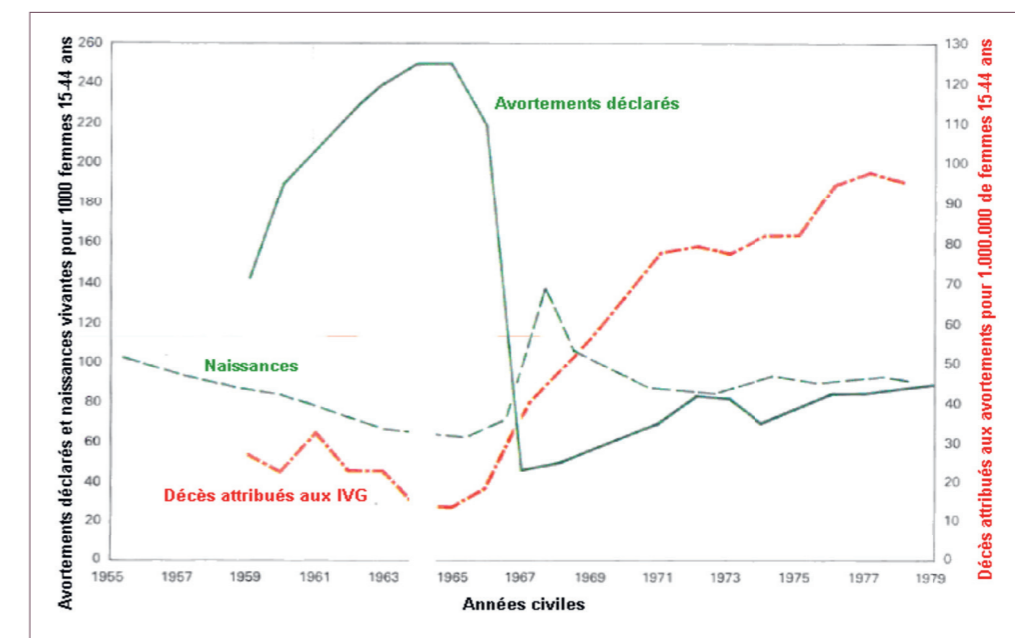
In de naoorlogse periode komt de emancipatie van vrouwen, die met de wetgeving van 1948 in België eindelijk stemrecht krijgen bij de verkiezingen voor de kamer van volksvertegenwoordigers, de senaat en de provincies, in een stroomversnelling. Die vooruitgang moet ongetwijfeld ook worden gezien in het licht van de essentiële rol die vrouwen tijdens de oorlog in het actieve en sociale leven vervulden. Dit was vooral het geval in het zuiden van het land, waar de soldaten tot de bevrijding krijsgeslagen waren.

Het is in die periode dat de vraag naar toegang tot anticonceptie en abortus groter wordt. Die vraag komt niet alleen van de vrouwenbewegingen, maar leeft ook bij artsen en volksgezondheidsfunctionarissen die zich zorgen maken over het sterftecijfer ten gevolge van illegale abortussen, ondanks de aanzienlijke vooruitgang die

reeds werd geboekt op het gebied van veilige zwangerschappen en bevallingen (De Brouwere, 2007).

In de jaren zestig illustreert een opmerkelijke ontwikkeling in Roemenië, ontstaan uit de obsessie van president Ceausescu met het stimuleren van geboortes (decreet 770 van 1966 dat abortus, dat voordien toegankelijk en veilig was in Roemenië, abrupt verbod), zowel de vastberadenheid van vrouwen om abortus te laten uitvoeren als het sterftecijfer als gevolg van illegale abortussen.

Figuur 1 Roemenië: abortussen, geboortes en overlijdens tussen 1955 en 1979



Bron: (Henshaw, 1986)

De forse stijging van het geboortecijfer is van voorbijgaande aard en vanaf de jaren 1967-1968 gaat het aantal geboortes opnieuw naar beneden, met een sterke stijging van de moedersterfte die wordt toegeschreven aan illegale abortussen. Er bestaat evenwel nog discussie over de omvang van de moedersterfte die verband houdt met illegale abortuspraktijken. (Muresan, 1996)

Belangrijk aandachtspunt is de rol die moderne anticonceptie, die seksualiteit loskoppelt van de voortplanting, speelt in de versnelling van de seksuele bevrijding en de feministische verworvenheden na de Tweede Wereldoorlog. Geleidelijk worden erg betrouwbare anticonceptiemiddelen op de markt gebracht, met vanaf 1950 het spiraal (“IUD”) en vanaf 1960 de anticonceptiepil. Een belangrijke figuur uit die tijd is de Amerikaanse feministe Katherine Mc Cormick (1875-1967), een rijke suffragette, die het werk van Pincus financiert dat leidt tot de ontwikkeling van de anticonceptiepil.

Ook de aanleiding voor de revolutie van mei '68 in Frankrijk is seksueel getint: studenten bezetten een campus in Nanterre om te protesteren tegen het verbod voor jongens om de vertrekken van de vrouwelijke studenten te betreden (de beweging van 22 maart).<sup>4</sup>

De Kerk maakt zich zorgen over de lossere zeden en voert de tegendruk op: haar traditionele veroordeling van anticonceptie (met uitzondering van periodieke onthouding) en abortus wordt stevig in de verf gezet in de encycliek "Humanae Vitae" uitgevaardigd door paus Paulus VI op 27 juli 1968.

In België neemt dr. Willy Peers in de jaren vijftig het voortouw. Hij wordt voor zes maanden geschorst door de Orde der Geneesheren (een uitzonderlijke maatregel) voor het verspreiden van informatie over anticonceptiemethoden, het inbrengen van spiraaltjes en mogelijk ook voor zijn politieke betrokkenheid bij de communistische partij. (Gubin & Jacques, 2018)

Dr. Willy Peers blijkt een onvermoeibare voorvechter van gezondheid voor iedereen, maar ook van de autonomie van de vrouw. Zijn strijd voor de decriminalisering van abortus maakt deel uit van een globale visie op reproductieve gezondheid, met onder meer gezondheidsvoorlichting, toegang tot anticonceptie, bevordering van 'pijnloze bevallingen' (overgevaaid uit de Sovjet-Unie) en vlotte, gratis toegang tot abortus. (Englert, persoonlijke communicatie)

Het artikel van De Clerck in de nieuwsbrief van het CRISP in 1974 (De Clerck, 1974) illustreert perfect de spanning rond het toenmalige debat, dat werd aangewakkerd door de arrestatie van Willy Peers en zijn opsluiting in Namen in 1973. Daarin wijst hij op cijfers die toentertijd circuleerden en waaruit bleek dat de moedersterfte 100 keer hoger was bij illegale abortussen dan bij abortussen die openlijk in ziekenhuizen werden uitgevoerd.

<sup>4</sup> Nunès E, Le Nevé S. La mixité à la cité U, premier combat de Mai 68. Le Monde [Internet] 2018; Beschikbaar op: [https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/21/la-mixite-a-la-cite-u-premier-combat-des-soixante-huitards\\_5274113\\_4401467.html](https://www.lemonde.fr/campus/article/2018/03/21/la-mixite-a-la-cite-u-premier-combat-des-soixante-huitards_5274113_4401467.html)

## 2.3 Historische en politiek-maatschappelijke evolutie van de feministische aanspraak op het recht op abortus sinds 1970

### 2.3.1 Feministische grondslagen van de eis voor het recht op abortus en nationale initiatieven in België en in de buurlanden

#### 2.3.1.1 Recht op abortus

Het recht van vrouwen op zelfbeschikking, autonomie en gendergelijkheid op het gebied van seksualiteit en voortplanting leidt tot een belangrijke aanspraak van de feministische bewegingen in de jaren zeventig op reproductieve vrijheid. Het feminisme ontwikkelde zich in de jaren zeventig vooral onder de vlag van de 'Mouvement de libération des femmes' in Frankrijk en Franstalige landen en de 'Women's Liberation Movement' in het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. In die tijd overheerste het libertaire aspect van de vrouwenbevrijdingsbeweging die voortkwam uit mei '68. Via het recht op privacy wordt de bescherming van de lichamelijke integriteit van vrouwen die met abortus worden geconfronteerd, opgeëist, net als de zelfbeschikking die impliceert dat zij alleen over een dergelijke intieme aangelegenheid kunnen beslissen. In dat opzicht wordt persoonlijke beslissingsautonomie gezien als een positieve vrijheid en niet alleen als de negatieve vrijheid van een keuze zonder enige dwang van een derde (de vader, echtgenoot of partner) of van de gemeenschap (de Staat, Kerk, publieke opinie of rechterlijke macht). Vanuit dat perspectief is beslissingsautonomie dus niet alleen een instrument voor de volksgezondheid om illegale abortussen uit te roeien.

Tijdens dit decennium wordt de strijd voor deze vrijheid gevoerd via een politisering van wat voorheen als intiem, privé en taboe werd ervaren. Met andere woorden: deze strijd stelde de grenzen van het politieke domein ter discussie en verrijkte het. Zodra in de jaren zeventig het taboe rond abortus wordt doorbroken, eisen feministen in het luider wordende publieke debat de vrije beschikking over zichzelf en hun lichaam. De slogans uit die tijd ("Mon corps est à moi" of "Our bodies, ourselves") zijn een uitdrukking van het verlangen van vrouwen naar zelfbeschikking, de controle over hun lichaam en vrijheid ten aanzien van mannen. Het filosofisch-politieke argument dat aan die keuze ten grondslag ligt is niet zozeer het idee van zelfeigenaarschap (het lichaam is geen ding) als wel het recht op vrijheid van het individu over het gebruik van zijn of haar lichaam (de slogan "Un enfant, quand je veux, si je veux") en het recht op privacy (zoals verwoord in de slogans "Maître de mon ventre" en "Baas in eigen buik" tijdens de demonstraties voor de legalisering van abortus in België, Frankrijk en Nederland in de jaren zeventig). (Marques-Pereira, 2021)

#### 2.3.1.2 Burgerlijke ongehoorzaamheid als drukkingsmiddel

In de jaren zeventig wordt de strijd voor het recht op abortus vooral gevoerd door het taboe op vrijwillige zwangerschapsafbreking te doorbreken. Om van een zeer intieme praktijk een publieke zaak te maken - een politiseringsproces bij uitstek - moest de stilte rond die praktijk worden doorprikt. Dat is bijvoorbeeld de betekenis

van de manifesten van Franse (1971) en vervolgens Belgische (1973) vrouwen die publiekelijk verkondigden dat ze een abortus hadden ondergaan, wat toen een openlijke overtreding van het strafrecht was. Het is een uitdrukking van het publieke, openlijke, geweldloze verzet van vrouwen die een abortus hebben ondergaan, maar ook van artsen en gezondheidswerkers en zelfs activisten die veilige abortussen uitvoeren of daaraan deelnemen. In België zijn feministische groepen die dicht bij de volksklassen staan, zoals de Dolle Mina's (1969) in Vlaanderen (geïnspireerd door de Nederlandse anarchistische beweging Provo) en de Marie Mineurs (1970) in Wallonië, de eersten die op straat komen en de welbekende slogans scanderen. De Dolle Mina's organiseren netwerken in Nederland waar abortussen veilig kunnen gebeuren. Ook de Marie Mineurs besluiten om abortus uit de clandestiniteit te halen: ze openen het eerste centrum 'SOS avortement' met de hulp van dr. Peers en andere gynaecologen in Wallonië. De Dolle Mina's en Marie Mineurs worden geconfronteerd met ongewenste zwangerschappen en met de desastreuze gevolgen van illegale abortussen. De goedkeuring van een liberale wetgeving in Groot-Brittannië in 1967 (de 'Abortion Act' van 1967 die van toepassing is in het hele Verenigd Koninkrijk met uitzondering van Noord-Ierland) en het gedoogbeleid in Nederland (sinds 1970 ten aanzien van progressieve artsen die abortusklinieken opzetten) zorgden ervoor dat Willy Peers de angst en schaamte rond abortus geleidelijk kon doorbreken. In de nasleep van de zaak Peers wordt in 1973 op Vrouwendag, 11 november, in Brussel 'groupe A' opgericht, die het onthaal organiseert van vrouwen die hun zwangerschap willen afbreken. In 1962 wordt het eerste Franstalige seculiere centrum voor gezinsplanning, 'La Famille Heureuse', opgericht, naar het voorbeeld van verscheidene centra in Engeland en Nederland. Dit verzet zal voortduren wanneer duidelijk wordt dat het gedoogbeleid van de politieke elites eigenlijk een beslissing is om geen beslissing te nemen over abortus.

Na de zaak W. Peers, die in 1973 wordt gearresteerd en weer vrijgelaten, wordt in datzelfde jaar eindelijk de anticonceptievoorlichting gedecriminaliseerd. Bovendien ziet het gerecht tot 1978 de facto af van rechtshandhaving opdat in alle sereniteit een politieke beslissing mogelijk kan worden gemaakt. Geconfronteerd met het falen van de wetgever en de uitvoerende macht - om verschillende redenen - worden buiten de ziekenhuizen centra opgericht die een veilige abortus door medisch personeel aanbieden. Een illegale, maar niet clandestiene praktijk van veilige, gemedicaliseerde abortus vindt ingang in de burgermaatschappij. Naarmate die burgerlijke ongehoorzaamheid zich verder ontwikkelt, zien verschillende organisaties het licht. De comités voor de legalisering van abortus (1976) lanceren een gemeenschappelijk platform op feministische basis: "abortus, de vrouw beslist", en het jaar daarop verspreiden ze tijdens demonstraties voor abortusrechten een lijst van abortuscentra. Tegelijkertijd vormen progressieve vrouwen en artsen die abortuscentra buiten ziekenhuizen hebben opgericht de 'Groupe d'action des centres extrahospitaliers pratiquant l'avortement' (GACEHPA, 1978), die vrije, gratis en legale abortus eist. Daarnaast wordt, op juridisch vlak en na de heropflakking van gerechtelijke vervolgingen een comité voor de opschorting van vervolging ingesteld. Het comité speelt een belangrijke rol in de bewustmaking van beleidsmakers. Vanaf 1978 wordt

het *de facto* gebrek aan rechtshandhaving immers verbroken. Niettemin wordt een wijdverbreide repressie, nu die politiek onuitvoerbaar blijkt, vermeden. Vanaf 1981 leidt de vervolging van artsen en vrouwelijke gezondheidswerkers in verschillende gerechtelijke arrondissementen tot rechtszaken. Maar deze keer is het de wet zelf die terecht staat. Artsen en gezondheidswerkers die met repressie worden geconfronteerd, verklaren tegenover hun rechters dat ze zich openlijk willen verzetten en dat ze niet bang zijn om een effectieve gevangenisstraf te krijgen. (Marques-Pereira, 2021)

De wet Lallemand-Michielsen zal een einde maken aan de paradoxale situatie waarin abortus wettelijk zwaar wordt gesanctioneerd terwijl het op grote schaal wordt toegepast en zelfs wordt opgeëist (Marques-Pereira, 2002). Het wetsvoorstel wordt in 1986 ingediend, maar wordt pas in 1989 door de senaat goedgekeurd en vervolgens in 1990 voor stemming voorgelegd. De laatste verrassende wending blijkt een gewetensbezwaar van Koning Boudewijn. In latere hoofdstukken zal deze wet uitgebreid worden besproken. Haar belangrijkste uitwerking is dat ze abortus in de praktijk toestaat - doch niet volledig legaliseert - en dat de toelaatbaarheid afhankelijk is van een noodsituatie van de zwangere vrouw.

### 2.3.2 Transnationalisering van het feminisme en de legitimering van eisen inzake mensenrechten in de jaren 1980 en 1990

#### 2.3.2.1 Reproductieve en seksuele rechten in de maak

In de jaren tachtig beginnen verscheidene internationale feministische verenigingen die ijveren voor de reproductieve en seksuele gezondheid van vrouwen, intensief te lobbyen, te pleiten en expertise op te bouwen. Voorts is er de transnationale roep om reproductieve rechten en vrouwenrechten, gebaseerd op een internationale mobilisatie, te erkennen als mensenrechten. Deze verenigingen dragen dus bij aan de maatschappelijke en politieke inburgering van het begrip reproductieve en seksuele rechten, begrippen die door de WHO en het IPPF worden geïnstitutionaliseerd, dankzij de allianties tussen deze verenigingen en internationale organisaties tijdens de voorbereiding van de grote VN-conferenties van de jaren negentig over de mensenrechten (1993, Wenen: erkenning dat mensenrechten ondeelbaar van toepassing zijn op vrouwen en meisjes; 1994, Caïro, Conferentie over bevolking en ontwikkeling: nieuw model waarbij wordt erkend dat individuen, en niet alleen koppels, het recht hebben om zelf het aantal kinderen en de geboortespreading te kiezen; 1995, Peking: de Conferentie over vrouwenrechten is een keerpunt dankzij de loskoppeling van seksualiteit en voortplanting). Hoewel al die internationale conferenties het recht op abortus niet uitdrukkelijk erkennen, zijn ze niettemin belangrijk voor de legitimering van de actoren die het recht op toegang tot veilige (d.w.z. als een medische handeling ingebed in de volksgezondheid en met toegang tot pre- en post-abortuszorg) en legale abortus opeisen. In landen die al wetgeving in dat domein hebben aangenomen, is de legaliteit gebaseerd op een oproep om de eigen wetten te respecteren en abortus ten minste te legaliseren wanneer het leven van de vrouw in gevaar is, wanneer de foetus zware afwijkingen heeft, of bij verkrachting of incest. (Marques-Pereira, 2021)



### 2.3.2.2 Opkomst van de antiabortus- en antigenderbewegingen

Vanaf de jaren negentig ontstaat er een nieuwe generatie antiabortusbewegingen via allianties tussen verschillende conservatieve, reactionaire, extreemrechtse en religieus-fundamentalistische stromingen van verschillende geloofsovertuigingen (Kuhar & Paternotte, 2017). Die nieuwe generatie houdt verband met de religieuze sfeer en wordt opgebouwd in reactie op de VN-conferenties van Caïro in 1994 en Peking in 1995. De Heilige Stoel maakt immers voorbehoud bij de seksuele en reproductieve gezondheid en seksuele en reproductieve rechten zoals die zijn vastgelegd in het actieplan en het actieprogramma van beide conferenties. Deze bewegingen delen het idee dat seksualiteit uitsluitend bedoeld is voor de voortplanting. Deze weigering om seksualiteit los te koppelen van de voortplanting is geworteld in een terugkeer naar de zogenaamde natuurlijke orde. Die natuurlijke orde houdt in dat de ‘wet van de natuur’, die transcendent en onveranderlijk is, moet worden opgenomen in het positieve recht en zowel aan gelovigen als aan niet-gelovigen moet worden opgelegd.

Die zienswijze wordt uitgedragen door het ‘Agenda Europe’-netwerk, dat de Europese coördinatie van de belangrijkste zelfbenoemde pro-life organisaties vormgeeft. Sommigen van hun belangrijkste doelwitten zijn het feminisme en vrouwenrechten en dan vooral het recht op abortus, anticonceptie en seksuele voorlichting. Meer in het algemeen lanceren deze bewegingen een aanval op wat ze, in navolging van het Vaticaan, ‘genderideologie’ of ‘gendertheorie’ noemen. Die termen verwijzen naar een soort van complottheorie die wordt uitgebroed door feministen, LGBT-activisten en onderzoekers op het gebied van genderstudies. Hun actie maakt deel uit van wat deze verenigingen zien als een culturele oorlog tegen de Europese en westerse beschaving en tegen de orde der seksen. De strijd tegen de zogenaamde ‘genderideologie’, die ten tijde van de VN-conferenties van de jaren negentig aan kracht wint, is een uitvinding van het Vaticaan, bedoeld om zich te verzetten tegen elke erkenning van reproductieve en seksuele rechten en de opname daarvan in het mensenrechtendomein. Dit verzet wordt gezien als een soort van gezond verstand voor religieuze en populistische identiteitsbewegingen waarmee ze de liberale democratie, die afglijdt naar een illiberalisme op basis van een wereldbeeld waarbij ‘wij’ en ‘zij’ tegenover elkaar staan, kunnen hertekenen. (Marques-Pereira, 2021)

### 2.3.3 Verband tussen het recht op abortus als zelfbeschikking en het recht op toegang tot veilige en legale abortus in het feminisme sinds de jaren 2000

#### 2.3.3.1 Feministische en seculiere waakzaamheid in België

Het is in die context van aanvallen op vrouwenrechten dat een nieuw activisme voor abortusrechten ontstaat. Dit activisme ijvert voor toe-eigening van de resultaten van de VN-conferenties van de jaren negentig op supranationaal niveau. Sinds de jaren 2000 worden in een reeks resoluties van het Europees Parlement immers de verworvenheden van de conferenties van Wenen, Caïro en Peking erkend en maken ze deel uit van een dynamische visie op mensenrechten, waarbij reproductieve en seksuele rechten worden beschouwd als nieuwe rechten die in dit domein van de mensen-

rechten moeten worden opgenomen. Reproductieve en seksuele gezondheid wordt naar voren geschoven om een recht op toegang tot veilige en legale abortus te legitimeren. Intussen is het feminisme niet alleen getransnationaliseerd, maar ook geprofessionaliseerd en geïnstitutionaliseerd. Er wordt ingezet op expertise, belangenbehartiging in internationale en Europese fora en voor internationale en Europese rechtbanken om mee nieuwe normen aangaande reproductieve vrijheid en het recht op toegang tot veilige en legale abortus uit te tekenen. De nadruk ligt daarbij op het voeren van een abortusrechtenbeleid dat niet alleen rekening houdt met de wettelijke en morele aspecten van het recht op privacy en gewetensvrijheid, maar ook met de empirische en sociologische informatie aangaande ongelijkheden en discriminatie op basis van gender, klasse en culturele achtergrond. (Marques-Pereira, 2021)

In die context is het feminisme in België uitgegroeid tot een nieuwe voorvechter van het secularisme, niettegenstaande het bestaan van een historisch christelijke feminisme dat België typeerde en dat voorstander was van het recht op abortus. Geconfronteerd met de opkomst van de antiabortus- en antigenderbewegingen, organiseren feministische en seculaire bewegingen zich rond de Marsen voor het Leven die sinds 2010 in Brussel worden gehouden. Ze willen een einde maken aan de wet van 1990 betreffende de gedeeltelijke legalisering van abortus. Tijdens die marsen aarzelen de activisten tegen het recht op abortus niet om allerlei medische misinformatie over abortus te gebruiken of om toespraken te houden waarin abortus wordt gestigmatiseerd en zwangere vrouwen met de vinger worden gewezen omdat ze denken aan abortus. Tegenover een dergelijke mobilisatie gaan de verdedigers van het recht op abortus een nieuwe fase in, gekenmerkt door de ontwikkeling van nationale en transnationale coördinaties van “waakzaamheidsinitiatieven”. In België maken voorstanders van dit recht, onder wie feministen, secularisten en federaties van centra voor gezinsplanning, gebruik van beproefde actiemiddelen zoals marsen, petitie, lobbyen of belangenbehartiging. Hun acties blijven niet beperkt tot het nationale kader, maar eisen het recht op abortus voor alle vrouwen die in Europa wonen en dan vooral in de landen die abortus strafrechtelijk verbieden of dat (opnieuw) willen doen (met name Malta en Polen). Terwijl de jaarlijkse bijeenkomsten tegen de wet van 1990 almaar meer medestanders lokken, houden voorstanders van abortusrechten hun mobilisatie-inspanningen vol en vormen ze in 2011 een platform voor het recht op abortus, dat de naam ‘Abortion Right’ krijgt. Dit pluralistische waakzaamheids- en actieplatform brengt verenigingen samen die het georganiseerde secularisme, feministische organisaties, de federatie van Franstalige centra voor gezinsplanning, het Algemeen Belgisch Vakverbond (ABVV, socialistische vakbond), de GACEHPA, de ‘Mouvement ouvrier chrétien’ (MOC) en de socialistische mutualiteiten vertegenwoordigen. ‘Abortion Right’ wil het recht op abortus en de vrije keuze van vrouwen veiligstellen op Belgisch en op Europees niveau. Daartoe worden verschillende marsen gehouden, onder meer op de internationale dag voor het recht op abortus (25 september) en op de internationale vrouwendag (8 maart). Feministische en seculiere activisten zijn ook waakzaam ten aanzien van het discours van de Heilige Stoel en zijn politieke en associatieve steunpunten, vooral in het Europees Parlement. Intussen ijveren ze voor een coalitiestrategie tussen orga-

nisaties die de keuzevrijheid opeisen en een strategie om hun eisen te laten doorsijpelen naar linkse politieke partijen of partijen die dicht bij seculiere kringen staan. (Marques-Pereira, 2021)

### 2.3.3.2 Een sociaal-politiek perspectief op de autonomie van vrouwen door de lens van abortusrechten en het recht op veilige en legale abortus

Het recht op abortus gestoeld op het recht op autonomie, zelfdeterminatie en vrije zelfbeschikking is een vrijheidsrecht (negatief recht). Maar dat negatieve vrijheidsrecht wordt ook opgeëist onder de noemer van positieve rechten. Sociale beleidsmaatregelen zoals seksuele voorlichting, de terugbetaling van anticonceptie en abortus en ook de toegang tot gezondheidsdiensten zijn dus van fundamenteel belang om de structurele ongelijkheden waarmee vrouwen worden geconfronteerd te compenseren. Het massale feministische activisme dat zich sinds de jaren 2010, vooral in Europa, voor abortusrechten heeft ingezet, benadrukt de collectieve en politieke dimensies van deze eisen, naast de individuele keuze. Als zodanig wordt het recht op abortus opgevat als een recht dat het individu - in dit geval de vrouw - van de staat kan eisen, waarbij die laatste de last van de handhaving en de toepassing van het recht op zich neemt. Het sociale burgerschap van vrouwen speelt hier dus mee in de tandem vrijheid/gelijkheid, die een discursief terrein afbakent dat de empirische en sociologische realiteit van genderverhoudingen en hun verwevenheid met klassenverhoudingen en culturele verhoudingen omvat.

Tegelijkertijd verloopt de legitimering van zowel het recht op abortus als het recht op toegang tot veilige en legale abortus via het domein van de mensenrechten, wat vragen oproept over de spanningen en verbanden tussen burgerschapsrechten en mensenrechten in de context van het opeisen van het recht op abortus en het recht op toegang tot veilige en legale abortus. Mensenrechten zijn inclusief en zijn gericht op de mens en op de gemeenschappelijke menselijkheid van individuen. Burgerschapsrechten zijn exclusief en bepalen wie in een bepaald gebied burger kan zijn en wat de rechten en plichten van die burgers zijn. Het subsidiariteitsbeginsel in de EU op het gebied van gezondheid en dus abortus laat het aan de staten over om op dit gebied wetgeving vast te leggen. Dat betekent dat de effectieve toegang tot veilige en legale abortus afhankelijk is van de staat: de staat die garant staat voor burgerschapsrechten en de sociale staat die garant staat voor het sociale burgerschap. Het bezuinigingsbeleid en conservatieve politieke krachten belemmeren evenwel over het algemeen de uitoefening van die sociale rechten, waardoor het volksgezondheidsbeleid wordt ondermijnd. Zo stuit de emancipatoire draagwijdte van de roep om mensenrechten op de grenzen die door de economische en financiële crisis aan het sociaal burgerschap worden gesteld. Die spanning tussen mensenrechten en sociaal burgerschap is des te groter voor vrouwen zonder burgerschapstatuut. Dat blijkt uit de wettelijke beperkingen opgelegd door Staten wat betreft de toegang tot abortus voor vrouwelijke migranten, vrouwen zonder papieren, buitenlandse vrouwen en niet-residente vrouwen (bv. in Duitsland, Kroatië, Spanje, Ierland, Letland, Litouwen, Polen, Portugal, Slovenië of Roemenië) en voor minderjarige meisjes in de meeste EU-landen (met uitzondering van Oostenrijk, België en recentelijk Spanje, Finland, Frankrijk, Nederland en Zweden).

Het burgerschapstatuut wordt niettemin versterkt door institutionele steunmaatregelen voor vrouwenrechten. In dat verband kan worden verwezen naar internationale, Europese en nationale rechtsinstrumenten zoals verdragen en overeenkomsten, de verplichting voor landen om verslag uit te brengen aan VN- en parlementaire instanties, de aanbevelingen van de comités van toezicht op de verdragen aan de landen, de beroepsmogelijkheid bij Europese gerechtelijke instanties, de institutionele erkenning van vrouwenorganisaties die mee de internationale verbintenissen van de landen opvolgen, of het inzetten van *public policy* instrumenten. Die institutionele instrumenten garanderen weliswaar niet de erkenning van het recht op abortus als reproductieve vrijheid, maar kunnen wel een min of meer brede toegang tot abortus garanderen. Al die initiatieven beogen de emancipatie van vrouwen ten aanzien van verschillende vormen van mannelijke autoriteit, welke mogelijk wordt gemaakt door sociale en politieke subjectivering (het feit dat vrouwen een sociaal en politiek subject op zich worden) via verschillende collectieve politiseringsprocessen, waaronder het recht op abortus. (Marques-Pereira, 2021).

## Conclusie

Het is duidelijk dat het thema van vrijwillige zwangerschapsafbreking (in de repressieve literatuur van de 19e en 20e eeuw abortus genoemd) niet op zichzelf staat. Het is één van de aspecten die deel uitmaakt van een belangrijke maatschappelijke evolutie die kan worden beschouwd als een omwenteling van de maatschappelijke orde, gegenereerd door de aanspraak van vrouwen op gelijkheid en zelfbeschikking. De onderliggende seksualiteitsthema's blijven vaak onuitgesproken, en dat is al zo sinds de 19e eeuw, maar het vermogen van vrouwen om hun eigen vruchtbaarheid te controleren heeft ongetwijfeld een essentiële rol gespeeld in die omwenteling, ook al is het waarschijnlijk dat de beweging ook zonder die controle vooruitgang zou hebben geboekt, zij het een stuk moeizamer en langzamer.

Het dient opgemerkt te worden dat de bewegingen tegen anticonceptie en abortus voortkwamen uit de convergentie, of zelfs coalitie, tussen een deel van de politieke macht en de Kerk, terwijl de bewegingen die uiteindelijk de zeden en de wetgeving zouden veranderen ontstonden uit de samenwerking van de feministische beweging en voorvechters van de volksgezondheid.

De verworvenheden van het verleden zijn echter geen garantie voor de toekomst. Dit thema blijft ook aan het begin van de 21e eeuw intrinsiek verbonden met de plaats van de vrouw in de huidige samenleving in crisis.

## 3. Analyse van abortuswetgeving

### 3.1 De Belgische Wet betreffende de (vrijwillige) zwangerschapsafbreking 1990/2018

#### 3.1.1 Geschiedenis en structuur

Abortus ('vruchtafdrijving') was al strafbaar gesteld in de Napoleontische *Code pénal* van 1810, en bleef verboden in het Belgische Strafwetboek van 1867 (Colette-Basecqz en Blaise, 2011, 26). Abortus werd onder alle omstandigheden strafbaar gesteld in de voormalige artikelen 348-353 van het Strafwetboek. Dit bleef zo tot 1990, toen België abortus gedeeltelijk legaliseerde. Bij de wetshervorming van 1990 werd vrijwillige abortus<sup>5</sup> als strafbaar feit in het Strafwetboek gehandhaafd, maar werden uitzonderingen op de strafbaarstelling vastgesteld indien de abortus aan een aantal procedurele en materiële voorwaarden voldeed.

De 'Wet betreffende de zwangerschapsafbreking' van 1990 blijft de basis van de huidige abortuswetgeving in België, met uitzondering van enkele wetswijzigingen die in 2018 zijn ingevoerd. Bij de wetshervorming van 2018 is onder meer de regelgeving rond vrijwillige abortus uit het Strafwetboek gehaald en verankerd in een aparte 'Wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking' (hierna: Wet VZA). Ook werd het principe in de wet veranderd van "abortus is verboden, tenzij aan bepaalde voorwaarden is voldaan..." naar "de zwangere vrouw kan onder bepaalde voorwaarden om een zwangerschapsafbreking verzoeken..." (Vansweevelt *et al.*, 2018, 225). De gedachte achter de wijziging was dat het uitgangspunt niet langer zou moeten zijn dat vrijwillige abortus in beginsel een misdrijf is [tegen de orde der familie en tegen de openbare zedelijkheid] (*Parl.St. Kamer* 2018, doc. nr. 54 3216/001, 4). Bovendien werden enkele kleinere wijzigingen aan de inhoud van de wet aangebracht, maar de meeste voorwaarden van de wet van 1990 werden gehandhaafd. Deze voorwaarden omvatten onder meer een zwangerschapstermijn van 12 weken vanaf de bevruchting (14 WA), medische gronden die de toegang tot abortus na 12 weken zwangerschap rechtvaardigen, een verplichte wachttijd van 6 dagen, informatieverplichtingen en strafrechtelijke sancties voor de verstrekker en de vrouw wanneer de abortus in strijd met de wettelijke voorwaarden plaatsvindt.

<sup>5</sup> Abortus zonder toestemming van de vrouw blijft volledig strafbaar in het Strafwetboek. Verboden zijn situaties waarin: 1) de abortus opzettelijk wordt veroorzaakt zonder toestemming van de zwangere vrouw (art. 348 Sw.); en 2) de abortus wordt veroorzaakt na opzettelijk geweld maar zonder het doel abortus te veroorzaken (art. 349 Sw.). Er bestaan zwaardere sancties wanneer de niet-consensuele abortus de dood van de vrouw tot gevolg heeft (art. 352 Sw.). Abortus zonder toestemming wordt niet uitvoerig besproken, aangezien dit thema buiten het bestek van de gevraagde evaluatie valt.

#### 3.1.2 Voornaamste terminologie: 'vruchtafdrijving'/'avortement' - 'vrijwillig' - 'zwangerschapsafbreking'

Noch de wet van 1990, noch de wet van 2018 betreffende de (vrijwillige) zwangerschapsafbreking bevat definities (Nys, 1991, 1189). Dit laat ruimte voor interpretatie met betrekking tot de in de abortuswetgeving gebruikte terminologie.

Historisch gezien werden in het Belgische Strafwetboek de termen 'vruchtafdrijving'/'avortement' gebruikt om alle abortussen te verbieden. Toen abortus in 1990 gedeeltelijk werd gedecriminaliseerd, werd de term 'zwangerschapsafbreking' ingevoerd voor zwangerschapsbeëindigingen die aan de wettelijke voorwaarden voldoen. Dat bleef zo in de Wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking van 2018. De termen 'vruchtafdrijving'/'avortement' komen nu alleen nog voor in artikel 3 van de Wet VZA, dat betrekking heeft op de strafbare feiten en sancties voor abortussen die in strijd met de wettelijke voorwaarden zijn uitgevoerd. Het Strafwetboek verwijst ook nog steeds naar 'vruchtafdrijving'/'avortement' in de strafbare feiten met betrekking tot de beëindiging van een zwangerschap zonder toestemming van de vrouw (artt. 348-349, 352 Strafwetboek). Dit specifieke gebruik van de termen 'vruchtafdrijving'/'avortement' laat uitschijnen dat ze enkel verwijzen naar onwettig gedrag, terwijl de term 'zwangerschapsafbreking' naar wettig gedrag verwijst. Sommige leden van werkgroep 4 zetten vraagtekens bij het gebruik van twee verschillende termen, in het bijzonder in de Wet VZA.<sup>6</sup> Ten eerste zijn de materiële handelingen bij zowel wettige als onwettige abortussen in wezen hetzelfde: het opzettelijk beëindigen van een zwangerschap (Vansweevelt, 2022, 143; Nys, 2005, 248). Ten tweede wordt althans de term 'avortement' in de Franstalige abortuspraktijk vaak gebruikt om een wettige of aanvaarde beëindiging van een zwangerschap aan te duiden.<sup>7</sup> Als de term 'avortement' alleen in verband met onwettig gedrag wordt genoemd, zou dit een stigmatiserend effect kunnen hebben op (het gebruik van) die term en op de algemene perceptie van abortus. Leden van werkgroep 4 en de academische literatuur suggereren dat zowel 'abortus'/'avortement' als 'zwangerschapsafbreking'/'interruption de grossesse' in de praktijk vaak worden gebruikt, hoewel ze een iets andere connotatie kunnen hebben (Kavanagh *et al.*, 2018). Het Wetenschappelijk Comité gebruikt in dit rapport de termen 'abortus' en 'zwangerschapsafbreking' door elkaar en als synoniemen, en beveelt een gesynchroniseerd en bewust gebruik van de termen in de wet aan.

<sup>6</sup> Leden van het Comité vonden een onderscheidend gebruik van termen meer gerechtvaardigd bij abortus op verzoek van de vrouw (geregeld krachtens de Wet VZA) versus abortus zonder een dergelijk verzoek (verboden krachtens het Strafwetboek), ook al gaat het hier ook om vergelijkbare materiële gedragingen (opzettelijke beëindigingen van een zwangerschap).

<sup>7</sup> De term 'vruchtafdrijving' heeft geen dergelijke connotatie of wordt in de Nederlandstalige abortuspraktijk niet algemeen gebruikt om wettige of aanvaarde zwangerschapsbeëindigingen aan te duiden. 'Abortus' is de meer gebruikelijke term die in de praktijk wordt gebruikt.

De wet van 2018 betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking introduceerde de term ‘vrijwillige’ zwangerschapsafbreking in diens titel en in sommige artikelen, wat een onderscheid suggereert met abortus zonder de toestemming van de vrouw, wat onder het Strafwetboek blijft vallen. Sommige leden van werkgroep 2 en werkgroep 4 merkten op dat de term ‘vrijwillig’ ongevoelig zou kunnen zijn voor vrouwen die een zwangerschap afbreken, in het bijzonder in geval van een ernstige medische toestand van de zwangere vrouw of foetus. Hoewel deze afbrekingen in wezen consensueel zijn, ervaren vrouwen ze niet altijd als uitingen van wil of vrijwilligheid. Ondanks deze perceptie is het gebruik van de term ‘vrijwillig’ niet geheel ongevoelig in wetgeving met betrekking tot zwangerschapsafbreking (bv. ‘interruption volontaire de grossesse’ (IVG)<sup>8</sup> in Frankrijk; ‘interrupción voluntaria del embarazo’ in Spanje). Sommige leden van werkgroep 4 waren er voorstander van om ‘vrijwillig’ te vervangen door ‘op verzoek’ van de zwangere persoon, aangezien een dergelijk verzoek wordt beschouwd als het basiselement dat ten grondslag ligt aan de verschillende soorten abortussen die in de wet worden beschouwd.<sup>9</sup> Het Wetenschappelijk Comité erkent dat het zoeken naar passende terminologie (vooral in verschillende nationale talen) een uitdaging is – een uitdaging die ook tijdens het opstellen van dit verslag werd ervaren. In het algemeen beveelt het Wetenschappelijk Comité aan aandacht te besteden aan de terminologie van de Wet VZA, rekening houdend met deze verschillende connotaties en betekenissen. Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat ook andere bewoordingen van de Wet VZA vatbaar zijn voor verbetering, en beveelt aan gedateerde formuleringen, taalinconsistenties, en nodeloos “gegenderde” bewoordingen in de wet te vermijden.

‘Zwangerschapsafbreking’ is de hoofdterm die door de Wet VZA wordt gebruikt. Bij gebrek aan een wettelijke definitie in de Wet VZA besprak werkgroep 4 de mogelijke betekenis van de term met betrekking tot de aanvang van een zwangerschap, de middelen en methoden die kunnen worden overwogen om een zwangerschap af te breken, en de relatie van de term tot levensvatbaarheid.

*Wanneer is er sprake van een zwangerschap in het kader van ‘zwangerschapsafbreking’?*

Medisch, biologisch en ethisch gezien zijn er verschillende antwoorden op deze vraag. Juridisch gezien vermeldt de Wet VZA niet uitdrukkelijk wanneer er sprake is van een zwangerschap. Er wordt in de wet wel verwezen naar het tijdstip van de bevruchting (conceptie) om de zwangerschapsduur van 12 weken te berekenen waarin abortus op verzoek wordt toegestaan. Het moment van de bevruchting is een gemeenschappelijk referentiepunt in andere Belgische wetten om het begin van de zwangerschap of van de embryonale/foetale ontwikkeling aan te geven (bv. art. 2, 4° Wet menselijk lichaamsmateriaal; art. 326 oud Burgerlijk Wetboek). In de

<sup>8</sup> Het is een misverstand dat ‘IVG’ in Frankrijk alleen zou worden gebruikt voor niet-medische abortussen, terwijl IMG zou worden gebruikt voor medische abortussen. Hoewel dit onderscheid in de praktijk in de terminologie wordt waargenomen, gebruikt de Franse wet ook de term IVG in haar artikel dat betrekking heeft op abortus om medische redenen (artikel L. 2213-1 van de ‘Code de la Santé Publique’).

<sup>9</sup> In de medische praktijk bestaan uitzonderingen op dit beginsel (bv. abortus om het leven van een bewusteloze patiënte te redden).

praktijk echter geven verloskundigen en gynaecologen de zwangerschapsduur in weken berekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie aan, die zich ongeveer twee weken vóór de bevruchting situeert. Dit cruciale onderscheid is een bron van misverstanden geweest in de medische praktijk en tijdens de besprekingen die aan dit rapport zijn voorafgegaan, en iedereen die de Belgische abortuswetgeving herziet, moet er rekening mee houden.

Er bestaat onenigheid over de betekenis van ‘bevruchting’ als beginpunt van een zwangerschap (Chung *et al.*, 2012). Sommigen verstaan onder bevruchting het moment van fertilisatie, dat plaatsvindt wanneer een enkele zaadcel geleidelijk de lagen van een eicel binnendringt om een nieuwe cel (‘zygote’) te vormen.<sup>10</sup> Volgens een ander standpunt verwijst bevruchting naar innesteling, het moment waarop de bevruchte eicel in de baarmoeder afdaalt en zich vasthecht aan het baarmoederslijmvlies.<sup>11</sup> De volledige innesteling vindt gewoonlijk plaats ongeveer zes dagen na de fertilisatie. Het begrip van wanneer een zwangerschap precies begint, heeft gevolgen die het louter theoretische niveau overstijgen. Vooral in de Verenigde Staten zijn bepaalde definities van het begin van een zwangerschap of zelfs van menselijk leven gebruikt om postcoïtale noodanticonceptiva kritisch te benaderen (Benson Gold, 2005). De bewering is dat deze middelen een reeds verwekte zwangerschap kunnen aantasten en dus als ‘abortief’ kunnen worden beschouwd. Wetenschappelijk bewijs toont echter aan dat perorale hormonale noodanticonceptiva uitsluitend werken door belemmering van de ovulatie of het voorkomen van bevruchting in plaats van innesteling (Gemzell-Danielsson *et al.*, 2013; Endler *et al.*, 2022). Een koperspiraaltje dat als noodanticonceptie wordt ingebracht, kan de innesteling van een bevruchte eicel verhinderen, terwijl het gewone gebruik van een koperspiraaltje vooral werkzaam is door de bevruchting te voorkomen en door het functioneren van het sperma aan te tasten. Noodanticonceptiva hebben in ieder geval geen effect op een zwangerschap na de innesteling. De leden van het Wetenschappelijk Comité verwerpen unaniem een mogelijke kwalificatie van het gebruik van postcoïtale noodanticonceptiva als ‘zwangerschapsafbrekingen’ die aan de voorwaarden van de Wet VZA zouden moeten voldoen.<sup>12</sup>

*Wat kan worden beschouwd als middelen en methoden om een zwangerschap af te breken?*

De oude artikelen 348 en 350 van het Strafwetboek verboden vruchtafdrijving door middel van “spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel”. “Enig ander middel” impliceerde dat de methode om de zwangerschap te beëindigen niet relevant was om als vruchtafdrijving te worden beschouwd (Vansweevelt, 2022, 157-158). In de Wet VZA van 2018 is de verwijzing naar “spijzen, dranken, artsenijen of door

<sup>10</sup> Zie bijvoorbeeld ‘conception’ in de lijst van medische termen van het Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: <https://www.rcog.org.uk/for-the-public/a-z-of-medical-terms/>.

<sup>11</sup> Dit is het standpunt van het American College of Obstetricians and Gynecologists.

<sup>12</sup> In Nederland zijn deze postcoïtale anticonceptiva expliciet uitgesloten van de werkingssfeer van de abortuswetgeving, cf. de Nederlandse ‘Wet Afbreking Zwangerschap’, artikel 12, waarin wordt bepaald: “Voor de toepassing van het bij of krachtens deze wet bepaalde wordt onder het afbreken van zwangerschap niet verstaan het toepassen van een middel ter voorkoming van de innesteling van een bevruchte eicel in de baarmoeder.”

enig ander middel” geschrapt en worden de middelen of methoden om abortus uit te voeren, niet gespecificeerd. De wet vermeldt ruimer dat abortus moet worden uitgevoerd “onder medisch verantwoorde omstandigheden” (artikel 2, 1°, b Wet VZA).

Werkgroep 4 heeft de term ‘zwangerschapsafbreking’ en de relatie tot abortusmiddelen en –technieken in overweging genomen. Ten eerste, hoewel de Wet VZA ‘zwangerschapsafbreking’ regelt, geldt niet voor alle medische procedures die foetaal overlijden veroorzaken, dat ze ook technisch gezien ‘zwangerschappen afbreken’. In het geval van selectieve foetale reductie bij een meerlingzwangerschap veroorzaakt een klinische ingreep het overlijden van een of meer foetussen *in utero*, terwijl de zwangerschap voor een of meer andere foetussen wordt voortgezet. Dit gebeurt omwille van een verwachte ernstige aandoening en/of om de ontwikkelingskansen van deze laatste foetus(sen) te verhogen. Hoewel de zwangerschap technisch gezien niet wordt ‘afgebroken’, zijn verschillende rechtsgeleerden van mening dat selectieve foetale reductie onder de werkingssfeer van de Wet VZA valt (meestal als medische zwangerschapsafbreking), aangezien de procedure een opzettelijke handeling inhoudt gericht op het overlijden van de foetus tijdens de zwangerschap (Guldix, 1995, 163-174; Nys, 2016, 219-220). Indien dit standpunt wordt, kan omwille van de juridische duidelijkheid een wetswijziging worden overwogen om selectieve foetale reductie expliciet onder de werkingssfeer van de Wet VZA te brengen (zie voor voorbeelden van een dergelijke verduidelijking in andere rechtsgebieden de IJslandse wet op de zwangerschapsafbreking<sup>13</sup>; zie ook ‘interruption volontaire partielle d’une grossesse’ in de Franse wet, Code de la Santé Publique, art. L. 2213-1.-II).

Bovendien leiden niet alle zwangerschapsafbrekingen direct tot de dood van de foetus. Sommige zwangerschappen worden in een vergevorderd stadium van de zwangerschap beëindigd wegens gezondheidsproblemen van de zwangere persoon, maar met de verwachting en de bedoeling dat de pasgeborene overleeft. Sommige medische professionals in werkgroep 2 verklaarden onzeker te zijn over de kwalificatie van een medische inductie van de bevalling of keizersnede omwille van de gezondheid van de zwangere vrouw met de bedoeling een premature pasgeborene te redden, waarna deze alsnog overlijdt als gevolg van de prematuriteit. Deze medische ingrepen ‘beëindigen de zwangerschap’, maar worden niet uitgevoerd met de bedoeling het uiteindelijke overlijden van de foetus/pasgeborene te veroorzaken, hoewel de dood kan optreden. In het kader van de onzekerheid over of deze ingrepen als medische zwangerschapsafbrekingen beschouwd worden binnen de Wet VZA, kwalificeren de leden van het Wetenschappelijk Comité, in overeenstemming met de rechtsleer, deze medische beslissingen niet als handelingen waarop de Wet VZA van toepassing is. Er wordt daarentegen van uitgegaan dat de intentie om de dood van de foetus te veroorzaken wordt verondersteld onder de betekenis van ‘zwangerschapsafbreking’ in de abortuswet (Vansweevelt, 2022, 146. “Abortus veronderstelt een menselijke handeling met het oog op de vernietiging of de doding van het embryo

<sup>13</sup> Artikelen 1-2, Wet op de zwangerschapsafbreking, nr. 43/2019, te raadplegen op: <https://www.government.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=60ae8fd2-0b91-11ea-9453-005056bc4d74>.

of de foetus.”). Ook in de context van zwangerschapsafbreking wegens een ernstige foetale afwijking leidt medische zwangerschapsafbreking op zich niet per definitie tot direct foetaal overlijden indien de foetus levensvatbaar wordt geacht.<sup>14</sup> Het wordt daarom aanbevolen om foetaal overlijden *in utero* te veroorzaken vóór het opwekken van de weeën om potentiële postnatale overleving in dit specifieke geval te voorkomen (Guilbaud *et al.*, 2020; Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, 2020) (zie ook hoofdstukken 3.1.2 en 5.1 over de praktijk van foeticide<sup>15</sup>).

*Omvat de term ‘zwangerschapsafbreking’ beëindigingen van zwangerschappen ongeacht het tijdstip of de levensvatbaarheid?*

De Abortuswet 1990/2018 legt zelf geen maximumgrens voor medische abortus vast. Tijdens de parlementaire debatten voorafgaand aan de Abortuswet van 1990 vroegen sommigen zich echter af of de term ‘abortus’ op zichzelf een maximumtermijn inhield. Abortus werd door een opsteller van het wetsvoorstel gedefinieerd als “een ingreep of toediening van medicatie, waarna een foetus die nog geen zelfstandig leven kan leiden, wordt uitgedreven” (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247/2, 148). Dit veroorzaakte enige verwarring over de juridische status van een abortus van een levensvatbare foetus, vooral gezien het feit dat verscheidene academici abortus in het verleden hadden gedefinieerd als de “kunstmatige en opzettelijke vernietiging van een product van conceptie vóór het einde van de zwangerschap, ongeacht de zwangerschapsduur of de levensvatbaarheid” (Piret, 1964, 355; Rigaux en Trousse, 1968, 139; Van Look, 1974, 429, 433). Nadat de wet werd aangenomen zonder maximumtermijn voor medische abortus, ontstond in de academische wereld een juridisch debat over de vraag of de parlementaire opinie dat de definitie van abortus beperkte tot niet-levensvatbare foetussen, al dan niet moest worden gevolgd (De Keyser en De Meuter, 1993; Nys, 1995; Leleu en Langenaken, 2002; De Nauw, 2010; Delannay, 2010; Genicot, 2010; Colette-Basecqz en Blaise, 2011; Van Assche, 2017; De Meyer, 2020; Vansweevelt, 2022). Als die opvatting echter zou worden gevolgd, zou abortus na de levensvatbaarheid niet onder de Abortuswet vallen en zich in plaats daarvan in een juridisch vacuüm bevinden (Nys, 1995, 34-42). Belgische lagere rechtbanken hebben zich ook gebogen over de vraag of abortus na levensvatbaarheid om ernstige medische redenen een rechtmatige optie is, maar hebben tegengestelde uitspraken gedaan (Van Assche, 2017). De vraag naar de juridische en ethische toelaatbaarheid van ‘late zwangerschapsafbreking’ en de praktijk van foeticide werd voorgelegd aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek (advies nr. 71 van 8 mei 2017). Het Comité herhaalde dat de wet zwangerschapsafbreking na 12 weken toestaat in geval van een uiterst ernstige en ongeneeslijke afwijking van de foetus, en dat er geen wettelijke regeling bestaat over de methoden waarmee een zwanger-

<sup>14</sup> De levensvatbaarheid hangt af van de zwangerschapsleeftijd van de foetus en de impact van de foetale afwijking, in relatie tot de impact van de procedure van het medisch opwekken van weeën op de foetus. Individuele factoren zoals het gewicht van de foetus kunnen ook de levensvatbaarheid beïnvloeden.

<sup>15</sup> Meer in het algemeen verwijst de term foeticide naar het veroorzaken van de dood van een foetus. In de medische praktijk en in dit verslag wordt de term gebruikt voor de specifieke procedure waarbij een lethaal geneesmiddel wordt toegediend aan de foetus of het vruchtwater om de vitale functies van de foetus te stoppen voorafgaand aan de uitdrijving, om een levendgeborene te voorkomen.

schapsafbreking moet plaatsvinden. Bovendien herhaalde het Comité dat de foetus naar Belgisch recht niet de status van een persoon heeft. Pas bij de aanvang van het bevallingsproces erkent het strafrecht het als rechtspersoon (Hof van Cassatie, 11 februari 1987).

Tegenwoordig is het uitvoeren van foeticide als onderdeel van een late zwangerschapsafbreking een geaccepteerde en gebruikelijke klinische praktijk in België (zie hoofdstuk 5.3) en in landen waar abortus na de levensvatbaarheid op medische gronden is toegestaan. Sommige leden van werkgroep 2 en werkgroep 4 waren van mening dat een meer expliciete erkenning van de wettigheid van medische abortus na de levensvatbaarheid passend zou kunnen zijn. Er werd verwezen naar de Franse abortuswetgeving, die minder onduidelijkheid laat, aangezien daarin uitdrukkelijk wordt vermeld dat zwangerschapsafbreking om medische redenen kan plaatsvinden “ongeacht de zwangerschapsduur” (artikel L. 2213-1 van de Code de la Santé Publique). Het Wetenschappelijk Comité erkent de rechtmatigheid van ‘late’ medische zwangerschapsafbreking en een interpretatie van de huidige wet van 2018 en van de term ‘zwangerschapsafbreking’ die niet beperkt is tot levensvatbaarheid of tot een bepaalde zwangerschapsduur. Het beveelt aan de huidige mogelijkheid te handhaven en te beschermen om bij ernstige medische aandoeningen een zwangerschap legaal af te breken, ongeacht de zwangerschapsduur. Dit sluit niet uit dat er strengere wettelijke voorwaarden voor zwangerschapsafbreking kunnen worden gehanteerd naarmate de zwangerschap vordert, zoals momenteel het geval is in de Wet VZA.

### 3.1.3 Voorwaarden voor rechtmatige vrijwillige zwangerschapsafbreking

Artikel 2 van de Wet VZA gaat over de voorwaarden en de procedure inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking. Het bepaalt dat een vrouw onder bepaalde voorwaarden een arts kan verzoeken haar zwangerschap af te breken. Het Comité merkt op dat het nauwkeuriger zou zijn te stellen dat een zwangerschapsafbreking op verzoek van de zwangere vrouw kan plaatsvinden/kan worden uitgevoerd onder welbepaalde voorwaarden. Artikel 3 Wet VZA stelt immers het uitvoeren of laten uitvoeren van abortus buiten de wettelijke voorwaarden van artikel 2 strafbaar, en niet het verzoeken van die abortus.

#### 3.1.3.1 De termijn van 12 weken

De Belgische Abortuswet bevat een maximumtermijn van 12 weken na de bevruchting (14 weken na de laatste menstruatie) voor abortus op verzoek, ingevoerd bij de wet van 1990 en gehandhaafd bij de wetswijziging van 2018 (artikel 2, 1°, a) Wet VZA). Sinds 2018 kan de verplichte wachttijd van zes dagen de termijn van 12 weken overschrijden, wat in de praktijk betekent dat een zwangerschap tot 12 weken en zes dagen post-conceptie (14 WA) op verzoek van de vrouw kan worden afgebroken (zie hoofdstuk 3.1.3.4).

Destijds verklaarden de opstellers van de wet van 1990 dat de termijn van 12 weken het resultaat was van verschillende standpunten van de voorstanders van de juridische hervorming.<sup>16</sup> Zij erkenden dat de termijn van 12 weken vatbaar was voor kritiek wegens de verscheidenheid aan medische, morele en affectieve factoren die de meningen over zwangerschapsafbreking beïnvloeden (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247-1, 11). Ondanks deze moeilijkheden vonden de opstellers het opportuun een grens te trekken tussen twee stadia van zwangerschap, rekening houdend met de “gewijzigde opvattingen en reacties [op abortus] en met de verergering van de affectieve of medische gevolgen die zich kunnen voordoen naargelang de zwangerschap wordt afgebroken op een tijdstip dat verder dan of dichterbij dat van de bevruchting ligt” (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247-1, 12).

In de parlementaire debatten werden enkele argumenten voor en tegen de limiet van 12 weken naar voren gebracht. De opstellers van het wetsontwerp rechtvaardigden de limiet van 12 weken onder meer met het argument dat 97-98% van de abortussen in de eerste drie maanden plaatsvindt (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247-1, 26). Het mag dan wel kloppen dat de meeste abortussen in het eerste trimester worden uitgevoerd, maar het probleem met deze redenering (waarmee het Wetenschappelijk Comité ook werd geconfronteerd toen het alternatieve abortustermijnen overwoog) is dat het onduidelijk blijft welk toegangsperscentage voldoende wordt geacht op beleidsvlak. In feite kan de meerderheid-minderheidsredenering ook worden gebruikt om vroegere of latere zwangerschapstermijnen te rechtvaardigen, en er kan altijd een aantal vrouwen zijn die toegang tot abortusdiensten willen na de termijn (tenzij abortus zonder maximumtermijn zou zijn toegestaan). Het Wetenschappelijk Comité is de mening toegedaan dat deze percentages informatief zijn om vast te stellen hoeveel vrouwen gemiddeld toegang tot een abortus zouden kunnen krijgen onder elke voorgestelde termijn, hoewel deze gegevens altijd moeten worden aangevuld met en/of afgewogen tegen andere relevante argumenten. Bovendien zou, volgens een parlementslid dat deelnam aan de besprekingen van het abortuswetsvoorstel vóór 1990, de termijn van 12 weken samenvallen met de overgang tussen de embryonale periode en de foetale periode.<sup>17</sup> Leden van werkgroep 4 merkten op dat dit niet overeenstemt met de gangbare medische en juridische opvatting van de termen ‘embryo’ en ‘foetus’ (De Meyer & De Mulder, 2021). De overgang tussen beide wordt meestal gesitueerd op 8 weken zwangerschap na de bevruchting (10 WA) (zie ook art. 2, 4° en 5° Wet menselijk lichaamsmateriaal; Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, advies nr. 18 van 16 september 2002). Bovendien is de morele relevantie van een louter biologische overgang van embryo naar foetus voor de bepaling van een maximumtermijn voor abortus bedenkelijk (De Meyer & De Mulder, 2021). Leden van werkgroep 4 benadrukken dat de loutere aanwezigheid of het ontstaan van een biologisch kenmerk niet mag worden verward met de morele waarde die wij aan dat biologische kenmerk toekennen. Tijdens parlementaire debatten in 2019-2020 over een

<sup>16</sup> Merk op dat in een eerdere versie van het in 1989 besproken wetsvoorstel een limiet van 15 weken werd voorgesteld. Later werd een amendement dat de limiet terugbracht tot 12 weken, aanvaard.

<sup>17</sup> Verslag *Parl.St.* Senaat BZ 1988, nr. 247-2, p. 29.

mogelijke hervorming van de abortuswetgeving wezen sommige parlementsleden en gezondheidszorgprofessionals ten slotte op veranderende abortustechnieken en toenemende gezondheidsrisico's als argumenten ter ondersteuning van de twaalfwekengrens en tegen een latere termijn voor abortus. In hoofdstuk 5.1 over abortusmethoden en in hoofdstuk 6 over een mogelijke verlenging van de abortustermijn bespreekt het Wetenschappelijk Comité de abortustechnieken en hun relatieve gevolgen in ruimere zin.

In het algemeen toonden verscheidene leden van de werkgroepen, gehoorde stakeholders evenals het Wetenschappelijk Comité zich bezorgd over de gevolgen van de termijn van 12 weken voor personen die na die grens een abortus nodig hebben, en over de disproportionele negatieve gevolgen van de tijdsbeperking en de daaruit resulterende reizen naar het buitenland die in het bijzonder vrouwen in een precaire situatie moeten ondernemen als ze toch een abortus willen ondergaan. Deze elementen zullen grondiger worden besproken in hoofdstuk 6, waarin wordt ingegaan op de trajecten om vrouwen te ondersteunen die in België een abortus na 12 weken zwangerschap PC aanvragen.

### 3.1.3.2 Verzoek van de zwangere vrouw zonder 'noodsituatie' vóór 12 weken

Vóór 12 weken na de bevruchting kan een zwangerschapsafbreking door de vrouw worden aangevraagd en zonder verdere motivering worden uitgevoerd (artikel 2, 1°, a) Wet VZA). Vóór 2018 vereiste de Abortuswet dat de vrouw zich in een 'noodsituatie' bevond. Volgens de toenmalige voorstanders van het wetsvoorstel bestond deze eis uit een subjectieve beoordeling door de vrouw zelf (*Parl.St.* Senaat 1988-89, doc. nr. 247-2, 24, 81-82, 89). De wet van 1990 bepaalde dat de beoordeling door de arts van de 'noodsituatie' niet meer kon worden aangevochten indien aan de andere wettelijke voorwaarden was voldaan. Niettemin was de reikwijdte van de rol van de arts bij de inschatting of beoordeling van de 'noodsituatie' nooit helemaal duidelijk. De Raad van State had eerder al kritiek geuit op de geëiste 'noodsituatie', het gebrek aan juridische betekenis ervan en de veronderstelde overlapping met de 'vaste wil' van de vrouw, die ook door de arts moet worden beoordeeld (zie hieronder punt 3.1.3.6). Reeds in 1989 adviseerde de Raad van State deze voorwaarde te schrappen (Advies van de Raad van State van 27 oktober 1989, *Parl.St.* Senaat 1989, doc. nr. 247-8). In 2018 schrapte het federale parlement het criterium van de noodsituatie uit de wet. De voornaamste argumenten voor de schrapping waren de vaagheid van het concept, een betere afstemming op de concrete feiten en behoeften en een grotere erkenning van de individuele keuzevrijheid (*Parl.St.* Kamer 2018, doc. nr. 54 3216/003, 5-6, 26).

Volgens de door het Wetenschappelijk Comité gehoorde abortusverstrekkers en volgens sommige rechtsgeleerden (Vansweevelt *et al.*, 2018) is de impact van de wetswijziging in de praktijk beperkt, al wordt ze geacht een symbolische betekenis en een potentieel destigmatiserend effect te hebben. Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat de destigmatisering van abortus als gevolg van een wetswijziging over het algemeen moeilijk te meten is, aangezien het gaat om een vrij geleidelijk proces dat door meer dan louter juridische factoren wordt beïnvloed. Niettemin beoor-

deelt het Wetenschappelijk Comité het schrappen van de 'noodsituatie' positief, omdat het aansluit bij de feitelijke abortuspraktijk, de autonome besluitvorming van vrouwen in deze persoonlijke aangelegenheid bevestigt en een uiting van medisch paternalisme dat nog in de wet van 1990 verankerd was, wegneemt. In haar laatste verslagen merkte de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking nog een ander gevolg van het schrappen van de 'noodsituatie' op het niveau van de registratie (Verslag Nationale Evaluatiecommissie 2018-2019, 47-51). Nu vrouwen hun abortusverzoek niet langer hoeven te rechtvaardigen op basis van een noodsituatie, vermelden steeds meer abortusregistraties als rechtvaardiging voor abortus "geen meldingsplicht".<sup>18</sup> In 2019 vermeldde iets meer dan 1/3e van alle registraties "geen meldingsplicht" in de rubriek waar de reden voor de zwangerschapsafbreking kan worden opgegeven. Het Wetenschappelijk Comité beschouwt de waargenomen of vermelde redenen voor zwangerschapsafbreking als relevante gegevens voor wetenschappelijke analyse en preventieve doeleinden. Het beveelt aan deze contextuele gegevens te blijven verzamelen om een beter inzicht te krijgen in de sociale en maatschappelijke context waarin om abortus wordt verzocht, en om de bijstand aan vrouwen te verbeteren. Niettemin kan de wetgever de wijze waarop deze gegevens worden verzameld, opnieuw bekijken (zie hoofdstuk 3.1.7).

### 3.1.3.3 Medische redenen na 12 weken

Abortus na 12 weken is thans geoorloofd in geval van een ernstige medische aandoening bij de foetus/vrouw (art. 2, 5° Wet VZA) (zie ook hoofdstuk 5.3). In 1990 zijn twee gronden geformuleerd die in de Wet VZA 2018 zijn gehandhaafd: 1) voortzetting van<sup>19</sup> de zwangerschap vormt een ernstige bedreiging voor de gezondheid van de vrouw, of 2) het staat vast dat het kind dat zal worden geboren, zal lijden aan een bijzonder ernstige aandoening die op het moment van de diagnose als ongeneeslijk wordt erkend. De reikwijdte van de interpretatie van de medische gronden is niet gespecificeerd. Met betrekking tot de bedreiging voor de gezondheid van de vrouw heeft een van de opstellers van de wet van 1990 verduidelijkt dat een ernstige bedreiging van de gezondheid van de zwangere vrouw lichamelijke en geestelijke gezondheidsproblemen omvat, maar geen sociale noodsituaties (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247/2, 152) (Nys, 2016, 231). Toch merkt werkgroep 2 op dat de optie van zwangerschapsafbreking na 12 weken wanneer de zwangerschap een ernstige bedreiging vormt voor de mentale gezondheid in de praktijk onzekerheden genereert, omdat gezondheidsprofessionals twijfelen over de juridische aanvaardbaarheid ervan (zie ook hoofdstuk 5.3).

Met betrekking tot de toestand van de foetus vereist de Wet VZA dat het vaststaat dat het kind dat zal worden geboren, zal lijden aan een uiterst ernstige aandoening die als ongeneeslijk wordt erkend (vergelijk bijvoorbeeld met de Franse of de Britse wet,

<sup>18</sup> Redenen voor abortus vallen onder verschillende codes die door de Nationale Evaluatiecommissie zijn vastgesteld. "Geen meldingsplicht" wordt steeds vaker vermeld als specificatie onder code 99: "Andere" in abortusregistraties.

<sup>19</sup> De Nederlandstalige versie vermeldt "de voltooiing van de zwangerschap", terwijl de Franstalige versie het heeft over "la poursuite de la grossesse" met betrekking tot de reden inzake de gezondheid van de zwangere vrouw (Nys, 2016, 231). Deze inconsistentie moet worden aangepakt.

die dit onderdeel definiëren in termen van risico's/waarschijnlijkheid). In overeenstemming met het standpunt van werkgroep 2, dat verder wordt uitgewerkt in hoofdstuk 5.3, beveelt het Wetenschappelijk Comité aan bij de formulering niet voor een term als 'zekerheid' te kiezen, maar eerder te opteren voor een hoog-risico begrip. Die notie sluit immers beter aan bij de klinische realiteit. In de praktijk valt de beoordeling van zekerheid, ernst en ongeneeslijkheid van de medische aandoening onder de beoordelingsmarge en de klinische verantwoordelijkheid van de betrokken gezondheidsprofessionals (De Meyer, 2020).

De arts bij wie de vrouw zich heeft gemeld met een verzoek tot zwangerschapsafbreking na 12 weken moet de medewerking vragen van een tweede arts, wiens advies bij het dossier wordt gevoegd (artikel 2, 5° Wet VZA). In de parlementaire besprekingen voorafgaand aan de wet van 1990 werd gesuggereerd dat het advies van de geraadpleegde arts gelijklopend zou moeten zijn (*Parl.St.* Kamer 1988-1989, doc. nr. 950/9, 133). De Wet VZA vereist geen specifiek specialisatie domein van de eerste en/of tweede arts. In overeenstemming met de inbreng van werkgroep 2 beveelt het Wetenschappelijk Comité aan relevante medische disciplines te betrekken bij het besluitvormingsproces inzake medische abortus (voor de specifieke aanbevelingen ter zake, zie hoofdstuk 5.3).

Ten slotte deelden sommige leden van werkgroep 2 en werkgroep 4 de indruk dat medische abortus na 12 weken in de Wet VZA wordt behandeld als een subsectie van 'reguliere'<sup>20</sup> abortus, hoewel zij deze beschouwen als een contextueel onderscheiden aangelegenheid. Net als de werkgroepen constateert het Wetenschappelijk Comité dat de structuur van de Wet VZA voor verbetering vatbaar is. Een afzonderlijk artikel in de wet betreffende abortus bij ernstige medische aandoeningen (ongeacht de zwangerschapsduur) wordt aanbevolen (zie hierover meer in hoofdstuk 5.3).

### 3.1.3.4 Wachtijd van zes dagen

Bij de hervorming van de abortuswetgeving in 1990 werd een verplichte wachtijd voorafgaand aan de uitvoering van een abortus ingevoerd. Een arts kan niet eerder dan zes dagen na de eerste consultatie een wettige zwangerschapsafbreking uitvoeren. De wachtijd werd verondersteld de zwangere vrouw voldoende tijd te geven om met kennis van zaken een beslissing te nemen (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247-1, 11). Uit de wet en de parlementaire werkzaamheden blijkt dat de zes dagen beginnen te lopen vanaf de eerste raadpleging bij de uitvoerende arts (Rechtbank van eerste aanleg Brugge, 7 februari 2006; *Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247/5, 5; Nys, 2016, 228), hoewel in de praktijk verschillende benaderingen aan het Wetenschappelijk Comité werden gemeld (zie hoofdstuk 5.2). In 2018 nuanceerde het federale parlement de wachtijd op twee manieren. Ten eerste voerde het een uitzondering op de wachtijd in geval van een dringende medische reden. Volgens sommige parlementsleden kan de dringende medische reden zowel fysiek als psychisch zijn en beantwoorden aan de individuele behoeften van de patiënten (*Parl.St.* Kamer 2017-2018, doc. nr.

<sup>20</sup> Abortus op verzoek, voornamelijk om niet-medische redenen.

54-3216/006, 9-10; *Parl.St.* Kamer 2017-2018, doc. nr. CRIV 54 PLEN 246, 54, 71). Ten tweede, als een vrouw zich minder dan 6 dagen vóór het einde van de periode van 12 weken PC (14 WA) meldt, wordt de verplichte wachtijd van zes dagen behouden maar kan deze thans de termijn van 12 weken overschrijden.<sup>21</sup> Indien de laatste dag van deze verlenging een feest- of weekenddag is, kan de abortus de eerstvolgende werkdag plaatsvinden.

Ondanks de wijzigingen van 2018 hebben het Wetenschappelijk Comité en de werkgroepen een aantal resterende problemen met betrekking tot de wettelijke wachtijd vastgesteld. Ten eerste blijft de wet onduidelijk over wanneer de periode van zes dagen precies begint te lopen, hoe de zes dagen worden berekend, en wanneer de periode eindigt (voor een bespreking van de ervaringen van gezondheidsprofessionals met de wachtijd: zie hoofdstukken 5.2 en 5.3). In de Wet VZA wordt niet gespecificeerd of de raadpleging al dan niet *face to face* moet plaatsvinden en of de dag van de raadpleging wordt meegeteld als een van de zes dagen. Volgens juridische rekenprincipes betekent overleg op woensdag dat de periode van zes dagen op donderdag begint te lopen, zodat de abortus de volgende woensdag kan worden uitgevoerd (Rechtbank van eerste aanleg Brugge, 7 februari 2006; Vansweevelt, 2022, 196-197). Wat het 'verrichten' van de abortus door een arts (dat het einde van de wachtijd markeert) betreft, moet worden vermeld dat een medicamenteuze abortus plaatsvindt door het innemen van twee soorten medicatie die op verschillende dagen moeten worden ingenomen. De feitelijke uitdrijving vindt steeds op een andere dag plaats dan de dag waarop de tweede medicatie wordt ingenomen. Hoewel de wet niet specificeert welke 'stap' in het proces van medicamenteuze abortus als de eigenlijke abortusverstrekking kan worden beschouwd, rekenen de meeste abortusverstrekkers de zes dagen tot het moment waarop de eerste pil wordt toegediend (mifepriston), en beschouwen ze dit als het beginpunt van de abortusprocedure (input van werkgroep 1).

Vanuit juridisch oogpunt werd door werkgroep 4 en de leden van het Comité de vraag gesteld of een abortus-specifieke, verplichte wachtijd noodzakelijk en doeltreffend is om de doelstelling van het waarborgen van een grondig besluitvormingsproces van de zwangere vrouw te bereiken. In dit verband merkt het Wetenschappelijk Comité op dat er reeds andere, meer algemene wettelijke voorschriften en beginselen bestaan om het bewuste besluitvormingsproces inzake abortus te waarborgen. Zo bevat de Wet VZA een wettelijke verplichting voor de arts om "zich [te] vergewissen van de vaste wil" van de vrouw (artikel 2, 2° Wet VZA) en om haar (schriftelijke) geïnformeerde toestemming te verkrijgen (artikel 2, 4° Wet VZA) alvorens een abortus te verrichten. Los van de Wet VZA onderstrepen algemene gezondheidswetten en deontologische beginselen het beginsel van geïnformeerde toestem-

<sup>21</sup> In de jurisprudentie was een soortgelijke uitzondering op de wachtijd van 6 dagen reeds in een aantal scenario's aanvaard op basis van een noodtoestand/*état de nécessité* (dat is een objectieve rechtvaardigingsgrond in het strafrecht, niet te verwarren met 'situation of distress') (zie rechtbank van eerste aanleg Brugge, 7 februari 2006). In dit geval werd geen sanctie opgelegd aan gezondheidsprofessionals wegens niet-naleving van de wachtijd van 6 dagen toen zij op de laatste dag van de periode van 12 weken een abortus uitvoerden bij een veertienjarig meisje.



ming voor elke gezondheidszorginterventie. “Geïnformeerde toestemming vereist dat patiënten in staat zijn beslissingen te nemen over hun medische behandeling, dat hun beslissing vrijwillig is en dat zij adequate en passende informatie krijgen waarop zij hun beslissing kunnen baseren” (Myers, 2021). In die zin lijken de doelstellingen van deze algemene wettelijke verplichtingen grotendeels met het doel van een specifieke verplichte wachttijd te overlappen.

Op een meer fundamenteel niveau hebben het Wetenschappelijk Comité en verscheidene werkgroepen hun bezorgdheid geuit over de gevolgen van verplichte wachttijden voor abortus. Werkgroepen 1 en 4 hebben een aantal studies bestudeerd waarin de gevolgen van verplichte wachttijden worden onderzocht. Deze studies richten zich voornamelijk op drie aspecten: 1) lasten die wegen op patiënten ten gevolge van verplichte wachttijden en psychosociale begeleiding, 2) causale effecten van verplichte wachttijden op abortuscijfers en -timing, 3) het besluitvormingsproces en het niveau van zekerheid bij patiënten.

#### Geassocieerde lasten voor vrouwen

Met betrekking tot de wachttijd zijn verschillende aandachtspunten vastgesteld. In een literatuuroverzicht uit 2009 van wetten die *counseling* en wachtperiodes verplicht stellen in de Verenigde Staten, wordt een verscheidenheid aan lasten voor patiënten en verstrekkers geconstateerd (Joyce *et al.*, 2009, verwijzend naar Lupfer en Silber, 1981; Althaus en Henshaw, 1994). Patiënten meldden toenemend fysiek ongemak en psychisch leed, belasting door de meerdere raadplegingen, en toenemende persoonlijke en financiële repercussies. De bestudeerde studies suggereerden ook een daling van het aantal abortussen in de eigen staat en een uitstel van het tijdstip van abortus als rechtstreeks gevolg, waardoor het aantal abortussen in het tweede trimester toenam (Althaus en Henshaw, 1994; Joyce *et al.*, 1997 en 2000). In het bijzonder brengt een verplichte wachttijd met twee verplaatsingen een hogere kostprijs met zich mee voor vrouwen volgens studies (Medoff, 2015; Lindo en Pineda-Torres, 2021). Ook blijkt dat wetten die een verplichte wachttijd/*counseling* voorschrijven, maar raadpleging via het internet of per post/telefoon toestaan, weinig lasten voor de patiënten met zich meebrengen.

Voorts werd in een studie over de invoering van een verplichte wachttijd van 24 uur met twee verplichte raadplegingen in Arizona onderzoek gedaan naar de verwachtingen van patiënten die een abortus wensen, vóór de invoering van de wettelijke verplichting. De conclusie was dat slechts een kleine minderheid van de vrouwen die abortuszorg zoeken, van mening is dat een wet die een verplichte wachttijd met twee raadplegingen invoert aan hen ten goede komt en dat de overgrote meerderheid verwacht dat een wachttijd negatieve gevolgen zal hebben (Karasek *et al.*, 2016). Maar liefst 90% van de vrouwen in de studie verwachtte dat de wachttijd tot moeilijkheden zou leiden.

#### Effecten op de abortuspraktijk

In een recentere studie naar de causale effecten van verplichte wachttijden werd vastgesteld dat wachttijden waarvoor slechts één verplaatsing moet worden afgelegd, geen significante effecten hebben op abortussen of geboorten. Wachttijden met twee verplaatsingen daarentegen, worden geassocieerd met een afname van het aantal en vertragingen van abortussen. Wachttijden met twee verplaatsingen vereisen twee *face-to-face* consultaties waarna de abortus kan worden uitgevoerd, terwijl wachttijden met één verplaatsing het mogelijk maken om op afstand informatie en psychosociale begeleiding te verstrekken, waarna de wachttijd ingaat. Voor “two-trip” wachttijden stelt een studie van Myers een stijging met 19,1% van het aantal abortussen in het tweede trimester. Bij een vergelijking van de abortus- en geboortecijfers tussen Amerikaanse staten zonder verplichte wachttijd, met een verplichte wachttijd met twee verplichte *face-to-face* consultaties en een verplichte wachttijd met 1 verplichte *face-to-face* consultatie, vindt de auteur een 8,9% lager abortuscijfer<sup>22</sup> en een 1,5% hoger geboortecijfer in staten met “two-trip” wachttijden.<sup>23</sup> De factor verplichte wachttijd is echter niet statistisch gecorrigeerd voor andere factoren, zodat het onmogelijk is deze verschillen alleen aan de wachtperiode toe te schrijven (Myers, 2021). Een andere studie onderzocht een verplichte wachttijd van 48 uur met twee verplaatsingen die in 2015 in Tennessee werd ingevoerd, en ontdekte dat die resulteerde in een toename van 53-69 procent van het aandeel abortussen dat in het tweede trimester plaatsvond (Lindo en Pineda-Torres, 2021). Dit resultaat is niet verwonderlijk, aangezien een verplichte wachttijd door zijn aard het tijdstip van de abortus automatisch verlaat. Deze waargenomen effecten blijken groter voor jonge vrouwen en voor vrouwen van kleur, en in regio's die ver verwijderd zijn van abortuscentra of -verstrekkers en die hogere armoede- en werkloosheidscijfers kennen (Myers, 2021).

Werkgroep 4 merkt op dat de in deze en voorafgaande titel beschreven literatuur waarin de effecten van wetgeving uit de Verenigde Staten worden onderzocht, op ten minste twee manieren moet worden genuanceerd bij de beoordeling van de Belgische wachttijd van zes dagen. Enerzijds zijn de onderzochte Amerikaanse wachttijden substantieel korter dan het Belgische criterium van zes dagen (meestal 24 uur). Het Wetenschappelijk Comité verwacht een toename van lasten voor patiënten bij een langere wachttijd. Anderzijds zijn de studieresultaten uit de VS verkregen in een context waarin het reizen op grote afstand naar abortusklinieken waarschijnlijker is dan in België. Grotere afstanden tot abortusverstrekkers worden in verband gebracht met grotere effecten van verplichte wachttijden en consultaties voor patiënten, in het bijzonder voor vrouwen in kwetsbare situaties.

<sup>22</sup> Een lid van werkgroep 4 merkte op dat de vermindering van het aantal abortussen als gevolg van een wachttijd met twee verplaatsingen vanuit een pro-life-standpunt eerder als een positief dan als een negatief neveneffect zou kunnen worden beschouwd. Vanuit een pro-choice-standpunt kan zo iets echter worden beschouwd als een juridische hindernis die vrouwen belemmert bij het maken van een belangrijke keuze die zij zonder die wettelijke beperking zouden hebben gemaakt.

<sup>23</sup> Aan de hand van statistische analyse schat de studie in dat ongeveer 3/4e van de “ontbrekende abortussen” verklaard kan worden door zwangerschappen die alsnog uitgedragen worden (met dus toenemende geboortes tot gevolg). Andere mogelijke verklaringen voor de “ontbrekende abortussen” zouden kunnen zijn: individuen zetten meer in op contraceptie en verminderen het aantal ongewenste zwangerschappen (en dus abortussen), toename van spontane miskramen, toename van op zichzelf uitgevoerde abortussen (zie Myers, 2021, p. 15). De oorzaken van een verband met de aanwezigheid van een verplichte wachttijd is echter niet gekend of onderzocht.

### Besluitvormingsproces en niveau van zekerheid

Recent onderzoek uit Nederland beschrijft de kwalitatieve ervaringen van vrouwen en perspectieven van gezondheidsprofessionals met betrekking tot de (inmiddels afgeschafte) verplichte wachttijd van 5 dagen. Het komt tot de bevinding dat sommige vrouwen onrust en een verlies van controle voelen wanneer zij langer dan gewenst moeten wachten om aan de wettelijke wachttijd te voldoen (Holten *et al.*, 2021). In de officiële evaluatie van de Nederlandse abortuswet zijn vergelijkbare ervaringen en perspectieven vastgesteld (ZonMw, 2020).

Andere studies hebben de stelligheid van de besluitvorming in relatie tot de wachttijd onderzocht. Roberts e.a. stellen vast dat de meeste vrouwen niet twijfelen aan hun beslissing wanneer zij zorg zoeken, wat de wachttijd van 72 uur in Utah overbodig maakt. Ze suggereren ook dat geïndividualiseerde zorg voor de minderheid die in tweestrijd stond, meer op zijn plaats zou zijn geweest (Roberts *et al.*, 2016). Rowlands e.a. komen tot soortgelijke conclusies op basis van psychologische literatuur over besluitvorming en spijt (Rowlands en Thomas, 2020). Deze studie en het Wetenschappelijk Comité erkennen het idee dat, bij het nadenken over zwangerschapsopties, de keuze die het welzijn van een vrouw maximaliseert, echter niet onvermijdelijk de keuze is waar zij geen spijt van heeft (Greasley, 2012). Foster e.a. stellen dat interacties met opgeleid personeel dat de individuele behoeften van vrouwen kan beoordelen en daarop kan inspelen, meer tegemoet kunnen komen aan de complexe behoeften van vrouwen dan wetten die verplichte wachttijden en door de staat goedgekeurde informatie voorschrijven (Foster *e.a.*, 2012). Zij stelden vast dat 87% van de vrouwen veel vertrouwen had in hun beslissing voordat zij begeleiding kregen. Verder constateren Ralph e.a. dat de mate van beslissingonzekerheid bij abortus vergelijkbaar of lager is dan bij andere gezondheidsbeslissingen (Ralph *et al.*, 2017). In een groot aantal studies wordt benadrukt dat verplichte wachttijden de kwaliteit van de begeleiding niet verbeteren en het besluitvormingsproces van electieve abortus niet vooruithelpen (Visser *et al.*, 2005; Joyce *et al.*, 2009b; Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017). Verschillende studies ondersteunen dan ook de positie van leden van werkgroep 1, door aan te tonen dat voor een grote meerderheid van de vrouwen die om een abortus vragen, de beslissing al heel stellig is vóór de eerste consultatie en voor velen van hen daarna nog zekerder wordt (Joyce *et al.*, 2009b; Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017). Aangezien het doel van de eerste psychosociale afspraak zoals die in België wordt georganiseerd, erin bestaat begeleiding en informatie te verstrekken en de zwangere vrouw bij te staan in haar besluitvormingsproces, lijkt de verworven zekerheid tijdens de consultatie erop te wijzen dat dit doel wordt bereikt. Geruststelling en vertrouwen in de procedure en zekerheid op het vlak van de beslissing verlagen de stress die vrouwen met een ongewenste zwangerschap ervaren (Vandamme, 2017). De longitudinale Turnaway Study in de VS geeft aan dat deze zekerheid over de abortusbeslissing ook op de lange termijn behouden blijft, waarbij 99% van de vrouwen bevestigt de juiste keuze te hebben gemaakt, zelfs vijf jaar na de abortusbeslissing en -procedure (Rocca *et al.*, 2015, 2020).

### Internationale tendensen

Een groeiend aantal juridische en politieke analyses suggereren dat een verplichte bedenktijd betuttelend is, en in tegenspraak lijkt met de doelstelling om vrouwen autonomie over de procedure te geven (Minkenberg, 2003; Victorian Law Reform Committee, 2008). De auteurs van een review uit 2022 stellen bijvoorbeeld dat de onderzochte studies en de internationale mensenrechtenwetgeving duidelijk wijzen op de ongepastheid van verplichte wachttijden in abortuswetgeving en -beleid (de Londras *et al.*, 2022).

Ook vanuit medisch oogpunt raden verschillende prestigieuze gezondheidsinstellingen verplichtewachttijdensterkaf (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022; World Health Organization, 2022). De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan geen barrières op te werpen die de toegang tot veilige en tijdige abortus beperken. De WHO stelt: “Verplichte wachttijden kunnen tot gevolg hebben dat de zorg wordt uitgesteld, wat het vermogen van vrouwen om toegang te krijgen tot veilige, legale abortusdiensten in gevaar kan brengen en vrouwen vernedert in hun hoedanigheid van competente beslissers. (...) Staten moeten overwegen wachttijden die niet medisch vereist zijn, te elimineren en de diensten uit te breiden om alle in aanmerking komende vrouwen snel te kunnen helpen.”<sup>24</sup> (WHO, 2012, 96-97).<sup>25</sup> Ook het VN-Comité voor economische, sociale en culturele rechten suggereert dat “staten maatregelen die leiden tot belemmeringen voor goederen en diensten op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid, moeten opheffen en niet mogen invoeren”<sup>26</sup> (CESCR, General comment 22 on the Right to sexual and reproductive health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights) (2016) (UN Doc. E/C.12/GC/22)). Zoals ook in WG4 naar voren is gebracht, wijst het Wetenschappelijk Comité erop dat een wachttijd van zes dagen bijzonder lang en uitzonderlijk is bij vergelijking van internationale wetgeving (Rowlands en Thomas, 2020, tabel 1). In Europa kennen de meeste landen geen verplichte wachttijd (Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Nederland (dat onlangs de wachttijd van 5 dagen heeft ingetrokken), Servië, Spanje (dat onlangs de wachttijd van 3 dagen heeft ingetrokken), Denemarken, Finland, Noorwegen, IJsland, Zweden, Zwitserland, enz.). Landen met een wettelijke wachttijd handhaven gemiddeld een periode van drie dagen (Duitsland, Ierland, Letland, Luxemburg, Hongarije, Portugal, Montenegro, enz.). Voor zover het Wetenschappelijk Comité weet, kennen slechts twee Europese landen, Italië en Albanië, een langere verplichte wachttijd (7 dagen) dan België.

Gelijkaardige bevindingen werden bevestigd door Belgische abortusverstrekkers die door dit Wetenschappelijk Comité zijn gehoord of in werkgroepen betrokken werden (zie hoofdstuk 5). Volgens het Wetenschappelijk Comité wegen de voordelen van een verplichte wachttijd voor een klein aantal vrouwen niet op tegen de lasten voor een meerderheid van de vrouwen, daar het verwacht wordt dat vrouwen uit de eerste

<sup>24</sup> Eigen vertaling.

<sup>25</sup> Zie ook p. 9: “Belemmeringen van regelgevende, beleidsmatige en programmatische aard die de toegang tot en de tijdige verstrekking van veilige abortuszorg verhinderen, moeten worden weggenomen.” [vrij vertaald]

<sup>26</sup> Eigen vertaling.

groep in de praktijk kunnen worden ondersteund via een professioneel en individueel zorgtraject. Op basis van alle naar voren gebrachte elementen beveelt het Wetenschappelijk Comité aan de verplichte wachttijd van zes dagen te schrappen, en verwijst het naar de door werkgroep 1 besproken alternatieven in hoofdstuk 5.2. Het Comité beveelt in ieder geval aan dat het niet vereist is dat de twee consultaties *face-to-face* gebeuren (hoewel deze mogelijkheid moet blijven bestaan). Het beveelt in elk geval aan dat de eerste consultatie via telefoon of internet kan verlopen indien gewenst. Deze aanbeveling moet worden gelezen en begrepen in het licht van de besprekingen en resultaten die worden uiteengezet in de hoofdstukken 5.2 en 5.3.

### 3.1.3.5 Informatieverplichtingen

De Wet VZA bevat verschillende informatieverplichtingen voor gezondheidswerkers die betrokken zijn bij abortusdienstverlening. De wet vereist de aanwezigheid van een voorlichtingsdienst die verbonden is met de betrokken zorginstelling. Deze voorlichtingsdienst ontvangt en informeert de vrouw die abortus verzoekt in detail over haar rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen.<sup>27</sup> Bovendien moet de voorlichtingsdienst de vrouw informeren over de mogelijkheden om het kind dat geboren zal worden, te laten adopteren. Ten slotte moet de dienst, op verzoek van de arts of van de vrouw, haar hulp en raad geven over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen die door haar toestand zijn ontstaan (artikel 2, 1°, b Wet VZA). Bovendien voorziet de Wet VZA in specifieke voorlichtingsverplichtingen voor de arts tot wie de vrouw zich heeft gericht met het verzoek om haar zwangerschap af te breken. De arts is verplicht de vrouw in te lichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap. De arts moet de vrouw ook wijzen op de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind dat geboren zal worden, en kan een beroep doen op het personeel van de voorlichtingsdienst om hulp en raad te geven (artikel 2, 2°, b Wet VZA). Artikel 2, 6° bepaalt als voorwaarde voor een rechtmatige zwangerschapsafbreking dat de arts of een andere bevoegde persoon van de instelling voor gezondheidszorg waar de ingreep is verricht, aan de vrouw de (nodige)<sup>28</sup> voorlichting moet verstrekken inzake contraceptiva.

Volgens het Wetenschappelijk Comité en werkgroep 4 is dit onderdeel van de wet voor verbetering vatbaar. Ten eerste wordt opgemerkt dat sommige gezondheidszorginstellingen die abortussen uitvoeren, in het bijzonder ziekenhuizen, niet over een structurele voorlichtingsdienst beschikken, maar een beroep doen op een aantal medewerkers (psychologen, verpleegkundigen, vroedkundigen, genetisch consulenten, enz.) om bijstand te verlenen inzake de administratieve en informatieve ondersteuning van de vrouw. Heel vaak neemt de verantwoordelijke gynaeco-

loog in het ziekenhuis het 'psychosociale' deel van de consultatie op zich. Voorts merken het Wetenschappelijk Comité en werkgroep 4 op dat de toepassing van een strikte verplichting tot vermelding van bepaalde informatie in sommige scenario's een ongepast zijn en in de praktijk niet altijd wordt nageleefd (bv. informatie over adoptie in geval van afbreking wegens een letale foetale misvorming). Tijdens hoorzittingen en bijeenkomsten van de werkgroepen hebben gezondheidsprofessionals die betrokken zijn bij abortusdiensten, hun bezorgdheid geuit over de inhoud en het verplichte karakter van sommige specifieke voorlichtingsverplichtingen (zie hierover meer in hoofdstuk 5.2 en 5.3). De hulpverleners benadrukken dat het bespreken van adoptie als alternatief voor abortus door vrouwen die een abortus verzoeken als traumatisch wordt ervaren. In dit verband wijst het Wetenschappelijk Comité op de hierboven besproken studies over de effecten van verplichte wachttijden, aangezien daarin ook lasten die verband houden met verplichte *counseling* en informatie worden vastgesteld. In overeenstemming met werkgroep 4 benadrukte het Wetenschappelijk Comité tot slot dat er reeds passende informatieverplichtingen bestaan in het kader van goede medische praktijken, medische deontologie en gezondheidswetgeving. Het Wetenschappelijk Comité verwijst in het bijzonder naar artikel 8, §2 van de Wet betreffende de rechten van de patiënt van 2002 (hierna: Wet Patiëntenrechten) dat informatie verplicht over "het doel, de aard, de graad van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante tegenaanwijzingen, nevenwerkingen en risico's verbonden aan de tussenkomst, de nazorg, de mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen". Hoewel er juridische discussie bestaat over de toepasselijkheid van de Wet Patiëntenrechten op vrijwillige zwangerschapsafbreking (zie hoofdstuk 3.4.1), werd de wet in de context van abortusprocedures toch als bindend en relevant beschouwd door verscheidene gezondheidsprofessionals die betrokken zijn bij deze diensten. Het Wetenschappelijk Comité, mede op basis van de werkzaamheden van werkgroep 1, werkgroep 2 en werkgroep 4, erkent en onderstreept het ongepaste en rigide karakter van sommige verplichte voorlichtingsverplichtingen in de praktijk. Het beveelt aan voorrang te geven aan een geïndividualiseerde aanpak per geval voor elke patiënte, op basis van de algemene wetgeving inzake gezondheidszorg en deontologische beginselen om de vrouw adequaat voor te lichten en haar geïnformeerde toestemming te garanderen. Dit zou volgens het Wetenschappelijk Comité het uitgangspunt moeten zijn, al kunnen bijzondere informatieverplichtingen nog steeds in de Wet VZA worden opgenomen indien een expliciete vermelding gerechtvaardigd wordt geacht in het kader van abortus (zie bv. aanbeveling 3 en hoofdstuk 5.2 over informatie over anticonceptie). Deze aanbeveling moet worden gelezen en begrepen in het licht van de besprekingen en resultaten die worden uiteengezet in de hoofdstukken 5.2 en 5.3.

Het Wetenschappelijk Comité wil de aandacht vestigen op het feit dat bij de hervorming van de Abortuswet in 2018 een aspect van de vorige abortusregelgeving op het gebied van voorlichting is geschrapt. Tot 2018 bestrafte het Strafwetboek 'reclame' voor abortusmiddelen en het geven van informatie over de aankoop of het gebruik van deze middelen, of over de personen die deze middelen toepassen (oud art. 383, deel 5). Bovendien werd de persoon die handelt in abortusmiddelen, straf-

<sup>27</sup> Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat de formulering van deze bepaling, indien ze wordt behouden, voor modernisering vatbaar is.

<sup>28</sup> Merk op dat de Franstalige versie de term 'nodige' niet bevat, maar gewoon opdraagt voorlichting over anticonceptiva te verstrekken.

baar gesteld (oud artikel 383, lid 6). Deze misdrijven werden als problematisch en archaisch beschouwd, zeker nadat abortus in 1990 onder voorwaarden gelegaliseerd werd (Vansweevelt, 2014, 219-220). Bij de wetshervorming van 2018 zijn deze misdrijven geschrapt. Het Wetenschappelijk Comité evalueert deze schrapping als positief. Daarnaast benadrukt het Comité het belang van (toegang tot) objectieve, wetenschappelijke en neutrale informatie over abortus(voorzieningen) om vrouwen te helpen een geïnformeerde keuze te maken. Een officiële website met relevante en objectieve informatie over abortus(verstrekking) wordt aanbevolen door de Nationale Evaluatiecommissie, en ondersteund door het Wetenschappelijk Comité (Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking, memorandum aan het parlement 2020, 10).

### 3.1.3.6 Vaste wil en toestemming van de zwangere vrouw

De Wet VZA bepaalt dat de arts zich moet vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken. De beoordeling van de vastberadenheid van de zwangere vrouw, op grond waarvan de arts aanvaardt de abortus te verrichten, kan niet meer worden aangevochten indien aan de voorwaarden van artikel 2 is voldaan (artikel 2, 2°, c Wet VZA). Bovendien moet de vrouw haar wil om de zwangerschap te laten afbreken schriftelijk bevestigen op de dag van de abortus.<sup>29</sup> Het toestemmingsformulier moet aan het medisch dossier worden toegevoegd (artikel 2, 4° Wet VZA). Het Wetenschappelijk Comité heeft geen praktische problemen met betrekking tot deze wettelijke voorwaarden vastgesteld of gehoord.

#### De kwestie van (zelfstandige) toestemming en vertegenwoordiging van minderjarigen

Het Wetenschappelijk Comité constateert, in lijn met werkgroep 4, dat de situatie van toestemming/vertegenwoordiging van minderjarigen in de context van abortus niet expliciet geregeld is in de Wet VZA. De Wet VZA stelt enkel dat voor een rechtmatige zwangerschapsafbreking de zwangere vrouw het verzoek stelt en haar (schriftelijke) toestemming moet verlenen. Dit doet de vraag rijzen of een minderjarige zelfstandig om abortus kan verzoeken, en of vertegenwoordiging van minderjarigen in alle gevallen wordt uitgesloten. Volgens het Wetenschappelijk Comité is een verduidelijking hier op zijn plaats.

Wat betreft minderjarigen wordt in de praktijk en door dit Wetenschappelijk Comité aanvaard dat zij zelfstandig om een abortus kunnen verzoeken zonder hun ouder(s) hierbij te betrekken. Het gebrek aan een andersluidende regel in de Wet VZA impliceert dat een dergelijke raadpleging of toestemming van ouders in principe niet vereist is. Een advies van de Nationale Raad van de Orde van geneesheren, dat refereert naar de Wet Patiëntenrechten en de mogelijkheid tot vertegenwoordiging door derden, lijkt in dezelfde richting te wijzen wanneer het oordeelde over sedatie van een minderjarige patiënte bij wie een vrijwillige zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd zonder toestemming van de wettelijke vertegenwoordigers (Advies van 23 maart 2013, niet publiek beschikbaar). Van belang in de Wet Patiëntenrechten

voor een zelfstandige uitoefening van toestemming is dat de minderjarige tot een redelijke beoordeling van zijn belangen in staat kan worden geacht (artikel 12 Wet Patiëntenrechten) (zie ook hoofdstuk 3.4.1.2 in dit rapport). Het Arbitragehof (nu: Grondwettelijk Hof) bevestigde eveneens dat ouders niet gediscrimineerd worden door een gebrek aan mogelijkheden om zich te verzetten tegen de beslissing van hun dochter die beslist haar zwangerschap af te breken (Arbitragehof nr. 39/91, 19 december 1991, 6.B.17). Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om aan deze realiteit tegemoet te komen door zorgverleners uitdrukkelijk toe te staan een abortus uit te voeren na een verzoek van een minderjarige die in staat is tot een redelijke beoordeling van haar belangen, zonder de ouders te informeren en/of hun toestemming te vragen. Deze toestemming gaat gepaard met een *good practice* aanbeveling voor zorgverleners om rekening te houden met het belang van de minderjarige om niet alleen de procedure te moeten doormaken, door deze aan te moedigen om een ouder, partner of (andere) vertrouwenspersoon in volledige confidentialiteit te betrekken, en om de continuïteit van de opvolging van de minderjarige ook na de zwangerschapsafbreking te waarborgen.

Indien de minderjarige niet tot een redelijke beoordeling van haar belangen in staat wordt geacht, rijst de vraag of een vertegenwoordiger kan beslissen over de zwangerschap. Indien vertegenwoordiging in sommige situaties nuttig en billijk wordt geacht door de wetgever, kan enerzijds een abortus-specifieke regeling m.b.t. vertegenwoordiging worden uitgewerkt en opgenomen in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking. Anderzijds kunnen de algemene vertegenwoordigingsprincipes met betrekking tot minderjarigen, zoals vervat in de Wet Patiëntenrechten, ook worden toegepast op vrijwillige zwangerschapsafbreking. Deze laatste optie krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité, en moet mede worden begrepen in het licht van de uiteenzetting in hoofdstuk 3.4.1 met betrekking tot de toepassing van gezondheidsrechtelijke wetten op vrijwillige zwangerschapsafbreking.

#### De kwestie van (zelfstandige) toestemming en vertegenwoordiging van wilsonbekwame meerderjarigen

Wat betreft meerderjarige, wilsonbekwame personen brengt werkgroep 4 het onderscheid tussen wilsonbekwaamheid en handelingsonbekwaamheid in herinnering. Wilsonbekwaamheid heeft betrekking op de *feitelijke* onmogelijkheid van een persoon om zijn wil te vormen of te uiten en dient *in concreto* en ad hoc te worden beoordeeld. Handelingsonbekwaamheid is de *juridische* toestand die een zelfstandige uitoefening van rechten verbiedt (bv. als gevolg van een rechterlijke beslissing) (Veys, 2007).

Werkgroep 4 stelt vast dat de situatie van zwangerschapsafbreking bij wilsonbekwame meerderjarigen die niet onder rechterlijke bescherming zijn gebracht, niet expliciet geregeld is. Verschillende regels en principes kunnen van toepassing zijn op deze situatie (voor een overzicht van verschillende posities, zie Vansweevelt, 2022, 177-180). Ten tweede wordt de regeling met betrekking tot meerderjarigen die handelingsonbekwaam zijn verklaard door de rechter, onduidelijk en ontoereikend

<sup>29</sup> Zie ook Rechtbank van eerste aanleg Brugge, 7 februari 2006, waar de toestemming voor een abortus ongeldig werd geacht.

geacht. Ten gevolge van de wet van 17 maart 2013<sup>30</sup> kunnen meerderjarige personen door de vrederechter voor één of meerdere handelingen onbekwaam worden verklaard en vervolgens ook bijgestaan of vertegenwoordigd worden. Op grond van artikel 497/2, 19° oud BW is het verzoek tot vrijwillige zwangerschapsafbreking echter niet vatbaar voor bijstand of vertegenwoordiging door de bewindvoerder in zoverre de beschermde persoon daarvoor handelingsonbekwaam werd verklaard. Dit suggereert dat noch de handelingsonbekwaam verklaarde persoon, noch een vertegenwoordiger een verzoek tot vrijwillige zwangerschapsafbreking kan stellen. Bovendien bestaat in de rechtsleer onenigheid over de vraag of de rechter personen voor een dergelijke strikte persoonlijke handeling wel handelingsonbekwaam *kan* verklaren (Swennen, 2013, 574; Opgenhaffen, 2020, 129).

Het Wetenschappelijk Comité is zich bewust van de noodzaak van een uiterst geïndividualiseerd beheer van deze situaties, die altijd uiterst delicaat zijn en afhangen van een groot aantal factoren zoals het type beperking, de zwaarte ervan in geval van mentale beperking, de contextuele omstandigheden en ondersteuning, en de visie en beschikbaarheid van de mensen die de persoon met een beperking begeleiden. Na zorgvuldige overweging heeft het Wetenschappelijk Comité besloten geen concrete aanbeveling met betrekking tot dit punt te formuleren, en benadrukt het dat het in de concrete interactie tussen het zorgpersoneel, de wilsonbekwame persoon en zijn wettelijke vertegenwoordigers is dat de meest geschikte beslissing kan worden gevonden.

### 3.1.3.7 Abortuslocatie en type verstrekker

Abortus moet onder medisch verantwoorde omstandigheden worden uitgevoerd door een arts in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden ((artikel 2, 1°, b) Wet VZA). Met instelling voor gezondheidszorg bedoelden de wetgevers niet alleen ziekenhuizen, maar ook (particuliere) abortuscentra (*Parl.St.* Senaat 1988, doc. nr. 247/1, 10). De wet geeft geen specificatie van de deskundigheid of de opleiding van de arts. Huisartsen kunnen ook abortussen uitvoeren, zolang dit onder medisch verantwoorde omstandigheden in een gezondheidszorginstelling gebeurt. Andere beroepen, zoals vroedkundigen, mogen geen abortus uitvoeren (zie bv. artikel 6, §2, 7 van het Koninklijk Besluit betreffende de uitoefening van het beroep van vroedvrouw, dat het inleiden van een zwangerschapsafbreking door deze beroepsgroep verbiedt).

De Wet VZA vermeldt niet expliciet of de arts die de abortus uitvoert, dezelfde moet zijn als de arts die voldoet aan de andere wettelijke voorwaarden, zoals het geven van verplichte informatie (Nys, 2016, 228). In de medische praktijk is het vaak zo dat verschillende artsen en gezondheidsberoepen betrokken zijn bij het gehele zorgtraject. Wat de professionele deskundigheid betreft, benadrukt het Wetenschappelijk Comité dat er verschillende behoeften inzake veiligheid en kwaliteit kunnen bestaan

volgens de abortusmethode en de zwangerschapsduur (zie ook hoofdstuk 5.1). Momenteel suggereert de Wet VZA dat alleen een arts de medicatie voor een medicamenteuze abortus in een instelling voor gezondheidszorg mag toedienen (zie ook Koninklijk besluit 7 mei 2000 tot bepaling van de voorwaarden voor het voorschrijven en de aflevering van de geneesmiddelen die mifepriston, misoprostol of gemeproost bevatten). Abortusverstrekkers, werkgroep 1 en werkgroep 4 en het Wetenschappelijk Comité beschouwden dit als te strikt. Zoals verder toegelicht in hoofdstuk 5.2, heeft de coronapandemie problemen met de institutionele verstrekking van abortus aan het licht gebracht. Dit heeft verschillende landen, waaronder België, ertoe aangezet vormen van vroegtijdige abortus op afstand en in zelfbeheer van de vrouw mogelijk te maken (Moreau *et al.*, 2021; RTBF, 2020). Het Wetenschappelijk Comité beveelt de wetgevers aan na te denken over deze ontwikkelingen en de wettelijke voorwaarden die ze stellen met betrekking tot het soort verstrekker en de locatie van verstrekking te herzien. Deze aanbeveling wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk 7.3.

### 3.1.4 Weigering tot medewerking en verplichte doorverwijzing

Artikel 2, 7° Wet VZA bepaalt dat geen arts, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel gedwongen kan worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking. De aangezochte arts moet de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis stellen van zijn weigering. In 2018 werd aan artikel 2, 7° Wet VZA een aanvullende verplichting toegevoegd: de weigerende arts moet de contactgegevens doorgeven van een andere arts, van een centrum voor zwangerschapsafbreking of van een ziekenhuisdienst waar de vrouw 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. Schending van de doorverwijsplicht van artikel 2, 7° Wet VZA wordt momenteel niet strafrechtelijk gesanctioneerd, wat door sommige academici werd bekritiseerd (Colette en De Hert, 2018). Ook het dwingen van gezondheidsprofessionals om mee te werken aan een zwangerschapsafbreking wordt niet bestraft.<sup>31</sup>

Het Grondwettelijk Hof achtte de doorverwijsplicht in overeenstemming met de Grondwet en verklaarde dat deze plicht een legitieme doelstelling van volksgezondheid vervult door het recht van de vrouw om een zwangerschapsafbreking in een veilige medische omgeving te bekomen te eerbiedigen (Grondwettelijk Hof nr. 122/2020, 24 september 2020, B.14.2.). Het Hof acht de doorverwijsplicht legitiem, noodzakelijk en evenredig aan de doelstellingen van de wet. Daarbij worden de gewetensvrijheid van de arts en zijn keuze om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren gerespecteerd, terwijl tegelijkertijd de rechten van de vrouw worden geëerbiedigd (Grondwettelijk Hof nr. 122/2020, 24 september 2020, B.14.3.). In overeenstemming met de positieve evaluatie door de gehoorde abortusverstrekkers beoordeelt het Wetenschappelijk Comité de doorverwijsplicht positief.

<sup>30</sup> Wet van 17 maart 2013 tot hervorming van de regelingen inzake onbekwaamheid en tot instelling van een nieuwe beschermingsstatus die strookt met de menselijke waardigheid.

<sup>31</sup> Dit zou in tegenstelling zijn tot wat de minister van Justitie in 1990 in het parlement verklaarde (Nys, 2016, 228).

Artikel 2, 7° Wet VZA wordt begrepen als een individueel weigeringsrecht, maar strekt zich niet uit tot instellingen. Een instelling kan de wettelijke bepaling niet gebruiken om een institutioneel weigeringsbeleid te rechtvaardigen (zie ook Tack en Balthazar, 2011, 61-91 in de context van beslissingen rond het levenseinde). Toch blijft de vraag in hoeverre instellingen een afwijzend beleid ten aanzien van abortus kunnen voeren of strengere regels dan de wet kunnen handhaven, onderwerp van debat (Tack, 2013) (zie ook in het kader van euthanasie: Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, advies nr. 59 van 27 januari 2014). Het Wetenschappelijk Comité bevestigt de opvatting dat de huidige bepaling inzake het gewetensbezwaar een individueel recht verleent dat zich niet uitstrekt tot instellingen.

In het kader van individuele gewetensbezwaren en de eisen van de overheid/werkgevers inzake professionele betrokkenheid bij abortusdiensten wenst het Comité te wijzen op recente verduidelijkingen van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (zie *Grimmark v. Zweden* en *Steen v. Zweden*). Het betreft twee klachten van Zweedse verpleegkundigen/vroedkundigen waarin werd aangevoerd dat hun mensenrechten waren geschonden nadat hun een vacante positie was geweigerd omdat zij weigerden abortussen uit te voeren. De claims werden door het EHRM niet-ontvankelijk verklaard. Hoewel de gewetensbezwaren zelf werden beschouwd als uitingen van het door het Verdrag beschermde recht op vrijheid van godsdienst, merkte het Hof op dat de inmenging in dat recht door de Zweedse wet werd voorgeschreven, legitiem was ter bescherming van de gezondheid van vrouwen die een abortus willen ondergaan, en noodzakelijk was in een democratische samenleving. Het Hof benadrukte dat Zweden in het hele land abortusdiensten aanbood en daarom een positieve verplichting had om zijn gezondheidszorgsysteem zodanig te organiseren dat de daadwerkelijke uitoefening van de gewetensvrijheid van gezondheidsprofessionals in de professionele context geen belemmering vormt voor de verlening van dergelijke diensten (zie ook EHRM 30 oktober 2012, nr. 57375/08, *P. en S. v. Polen*). Wanneer een Staat de toegang tot de door de nationale wetgeving toegestane abortusdiensten niet doeltreffend organiseert, kan dat immers leiden tot een schending van zijn positieve verplichtingen op grond van artikel 8 van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens (zie hoofdstuk 3.2). Het Wetenschappelijk Comité acht deze inzichten van belang voor zowel de huidige abortusorganisatie als de organisatie van mogelijke toekomstige abortusdiensten in België indien de wetgever de wet zou wijzigen (zie hoofdstuk 6).

Tot slot merkte werkgroep 4 op dat artikel 2, 7°, verschilt van artikelen 2, 1°-6°, aangezien laatstgenoemde punten betrekking hebben op voorwaarden voor rechtmatige abortus, terwijl het punt 7° geen voorwaarde betreft die de rechtmatigheid van abortus bepaalt. Artikel 2 lijkt in de eerste zin te suggereren dat de punten 1°-7° allen betrekking hebben op de voorwaarden “waaronder de vrouw een arts mag verzoeken om haar zwangerschap af te breken”. Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan de structuur van de Wet VZA in dit opzicht te verbeteren.

### 3.1.5 Strafsancties bij onrechtmatige vrijwillige zwangerschapsafbreking

Hoewel vrijwillige abortus sinds 2018 in beginsel geen misdrijf meer is<sup>32</sup>, blijven de voorwaarden voor rechtmatige abortus in de Wet VZA gelinkt aan specifieke strafbepalingen en sancties, namelijk gevangenisstraffen en geldboetes.<sup>33</sup> Deze sancties gelden zowel voor de abortusverstrekker als voor de zwangere persoon wanneer de verstrekking van de abortus in strijd met de wettelijke voorwaarden heeft plaatsgevonden. Voor een rechtmatige zwangerschapsafbreking moet aan alle voorwaarden worden voldaan. Evenzo zou een abortus in strijd met één van de hierboven besproken voorwaarden kunnen volstaan om als onrechtmatige abortus te worden aangemerkt. Dezelfde sancties gelden ongeacht of de schending van substantieve of procedurele aard was, hoewel de rechter een zekere beoordelingsvrijheid heeft bij het opleggen van de sanctie.

Meer bepaald stelt artikel 3, lid 1<sup>34</sup> van de Wet VZA dat hij die een abortus veroorzaakt bij een vrouw die daarmee heeft ingestemd, buiten de wettelijke voorwaarden, wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot een geldboete van 100 tot 500 euro. Een zwaardere sanctie (vijf tot tien jaar gevangenisstraf) geldt voor de persoon die met instemming van de vrouw een onwettige abortus veroorzaakt, wanneer deze de dood van de vrouw tot gevolg heeft (artikel 3, lid 4 Wet VZA). Tot slot wordt in artikel 3, lid 3 de vrouw die *opzettelijk* een abortus laat verrichten<sup>35</sup> buiten de voorwaarden bepaald in artikel 2, met een gevangenisstraf van een maand tot een jaar en met een geldboete van 50 euro tot 200 euro.

Sommige leden van het Wetenschappelijk Comité hebben hun bezorgdheid geuit over het feit dat schending van een procedurele voorwaarde (bv. de wachttijd) tot dezelfde strafrechtelijke sanctie kan leiden als schending van een inhoudelijke voorwaarde. In dit verband hebben de leden van werkgroep 4 voorgesteld de mogelijke implicaties te bestuderen van een recent arrest van het Grondwettelijk Hof over euthanasie, waarin het ontbreken van diverse sancties voor procedurele/inhoudelijke schendingen van de wet ongrondwettelijk werd geacht (Grondwettelijk Hof, nr. 134/2000, 20 oktober 2022). Bovendien wijzen leden van werkgroep 4 en van het Wetenschappelijk Comité erop dat de Wet VZA vooral gebaseerd is op een filosofie die de verantwoordelijkheid aanspreekt van de betrokken gezondheidsprofessionals om de regels na te leven. Het Wetenschappelijk Comité acht het dan ook niet gerechtvaardigd om vrouwen die een abortus willen laten uitvoeren, te bestraffen,

<sup>32</sup> Vóór 2018 regelde het Belgische Strafwetboek abortus in principe als een misdrijf, hoewel er ruime uitzonderingen op deze regel waren opgenomen voor abortussen met toestemming. Oude artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Belgische Strafwetboek, ingevoerd door de wet betreffende de zwangerschapsafbreking 1990, beschikbaar op: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/wet\\_03\\_04\\_1990\\_zwangerschapsafbreking.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/wet_03_04_1990_zwangerschapsafbreking.pdf) (in het Nederlands en het Frans). Zie voor een uitgebreide bespreking van de Belgische abortuswetgeving van vóór de hervorming van 2018 (Vansweevelt, 2014, 189-289).

<sup>33</sup> Artikel 3, wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking 2018.

<sup>34</sup> Werkgroep 4 suggereert dat artikel 3 baat zou hebben bij een nummering van de verschillende strafbare feiten met het oog op een duidelijkere structuur.

<sup>35</sup> ‘Laat verrichten’ lijkt sanctionering voor op zichzelf uitgevoerde abortus buiten de wettelijke voorwaarden uit te sluiten.

ook al zoeken ze die opzettelijk buiten de wettelijke voorwaarden. Dit standpunt wordt verder uitgewerkt en moet samen met de argumenten in hoofdstuk 3.4.2 over decriminalisering van abortus worden gelezen.

Tot slot beveelt het Wetenschappelijk Comité formele verbeteringen aan, zoals een betere structuur van artikel 3 (zo komt de plaatsing van het hierna besproken misdrijf de coherentie niet ten goede), en de vervanging van de verwijzing naar “hij” die de strafbare feiten pleegt door meer genderneutrale formuleringen zoals “de persoon”.

### 3.1.6 Het misdrijf van verhindering van de toegang tot een instelling voor gezondheidszorg die zwangerschapsafbrekingen uitvoert

Met de wetshervorming van 2018 werd een nieuw misdrijf in de Wet VZA ingevoerd. In artikel 3, lid 2 wordt hij die probeert te verhinderen dat een vrouw vrije toegang heeft tot een instelling voor gezondheidszorg die vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uitvoert, strafbaar gesteld. Sancties variëren van drie maanden tot een jaar gevangenisstraf en een geldboete van 100 tot 500 euro. Alleen verhindering van de vrouw, niet van gezondheidsprofessionals, wordt in aanmerking genomen. Hoewel het misdrijf nog steeds ruimte voor interpretatie laat, werd in de memorie van toelichting bij de voorgestelde wijziging gespecificeerd dat alleen fysieke verhindering in aanmerking zou worden genomen (*Parl.St.* Kamer 2017-2018, doc. nr. 54-3216/001, 4). Het Grondwettelijk Hof heeft bevestigd dat de parlementaire werkzaamheden duidelijk genoeg stellen dat alleen fysieke verhindering in aanmerking wordt genomen en dat de vrees dat andere soorten niet-fysieke verhindering strafbaar zouden kunnen worden gesteld, ongegrond is (Grondwettelijk Hof nr. 122/2020, 24 september 2020, B.2.1.). Niettemin heeft de enigszins vage formulering bij sommigen de vrees doen ontstaan dat zij (te) ruim zou kunnen worden geïnterpreteerd (Garré, 2021). Werkgroep 4 merkte op dat het misdrijf aanleiding gaf tot controverse toen in 2019 een wetswijziging werd voorgesteld om zowel fysieke verhindering als “verhindering op enigerlei wijze” te verbieden (De Meyer en De Mulder, 2021, 32-34). Deze toevoeging vereiste een verduidelijking van de Raad van State (Advies Raad van State, 24 februari 2020, doc. nr. 66.881/AV). De belangrijkste punten van bezorgdheid voor de Raad van State betroffen de vrijheid van meningsuiting, voornamelijk van de partner en met betrekking tot foutieve informatie en persoonlijke meningen. Bovendien vermeldde de Raad van State dat de wet betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen “de regelmatige en normale uitoefening van de geneeskunde of de artsenijsbereidkunde door een persoon die aan de vereiste voorwaarden voldoet, door feitelijkheden of geweld te verhinderen of te belemmeren” verbiedt en bestraft. (Artikel 30, Gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van gezondheidszorgberoepen). Het eiste een rechtvaardiging waarom deze omschrijving niet zou volstaan in de context van de verhindering van de toegang van vrouwen tot abortus. Het Wetenschappelijk Comité suggereert dat de opmerkingen van de Raad van State in overweging kunnen worden genomen wanneer de wetgever het misdrijf zou willen herzien of herformuleren. De huidige formulering lijkt alvast geen grote (grondwettelijke) bezwaren op te leveren.

De door het Wetenschappelijk Comité gehoorde abortusverstrekkers waren over het algemeen positief over de invoering van het misdrijf en vonden het een belangrijke symbolische maatregel die bijdraagt tot een veilige toegang tot abortusdiensten.

### 3.1.7 Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet betreffende de zwangerschapsafbreking

De rol en de samenstelling van de Nationale Commissie voor de evaluatie van de wet betreffende de zwangerschapsafbreking worden geregeld door de wet van 13 augustus 1990. Om de twee jaar moet de Commissie een statistisch verslag voor het parlement opstellen, alsook een verslag over de toepassing van de wet en de ontwikkelingen in de toepassing ervan (artikel 1, §3, a en b wet van 13 augustus 1990). De Commissie kan ook aanbevelingen doen betreffende wettelijke initiatieven en/of andere maatregelen om het aantal abortussen te verminderen en de hulp aan vrouwen te verbeteren (artikel 1, §3, c wet van 13 augustus 1990). De Commissie is een evaluatiecommissie en heeft geen controlerende functie ten aanzien van individuele abortuszaken (vgl. Controle- en evaluatiecommissie Euthanasie). Het Wetenschappelijk Comité acht deze rol passend en ziet geen dwingende objectieve redenen om de Nationale Evaluatiecommissie om te vormen tot een controleorgaan.

In de academische literatuur zijn enkele problemen met betrekking tot de Nationale Evaluatiecommissie vastgesteld, waaronder het gebrek aan kandidaten, de beperkte rol en reikwijdte van de gegevensverzameling, de politieke samenstelling van de Commissie, enz. (Vansweevelt, 2022, 223-225). Deze bevindingen werden bevestigd tijdens een hoorzitting van het Wetenschappelijk Comité met de voorzitters van de Nationale Evaluatiecommissie. Deze laatsten geven er de voorkeur aan in de toekomst wetenschappelijke studies van externe onderzoeksinstituten te superviseren en te laten uitvoeren. Momenteel zijn de door de Commissie verkregen gegevens vertrouwelijk en kunnen ze niet met officiële instanties worden gedeeld (artikel 1, §3, van de wet van 13 augustus 1990). Het Wetenschappelijk Comité, de werkgroepen en de gehoorde verstrekkers benadrukten allemaal het belang van de handhaving van de vertrouwelijkheid van de verkregen gegevens met het oog op de bescherming van gevoelige persoonsgegevens van patiënten en om een vrijwillige en volledige registratie door de beroepsbeoefenaars mogelijk te maken. Dit stemt overeen met een visie waarbij de Nationale Evaluatiecommissie wordt gepositioneerd als een wetenschappelijk evaluatieorgaan eerder dan als een controleorgaan. Na de covoorzitters van de Nationale Evaluatiecommissie te hebben gehoord en de toekomst van de Nationale Evaluatiecommissie te hebben besproken, beveelt het Wetenschappelijk Comité aan de Commissie een actieve rol te geven bij de verbetering en de kwaliteit van het verzamelen van gegevens voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden. Bovendien zou de Nationale Evaluatiecommissie, om een meer geavanceerde wetenschappelijke analyse van de gegevens mogelijk te maken, een budget moeten krijgen waarmee zij, naast het systematisch verzamelen van gegevens, opdracht kan geven tot longitudinale en kwalitatieve studies. Een dergelijke aanpak zou een betere gegevensverzameling en een betere beoordeling, harmonisatie en vereenvoudiging van de verschillende gegevensverzamelingsmethoden

voor gezondheidsprofessionals in het kader van zwangerschapsafbreking mogelijk maken. Ten slotte beveelt het Wetenschappelijk Comité, nog steeds met het oog op kwaliteitsverbetering, aan om de Nationale Evaluatiecommissie de bevoegdheid te geven om *good practices* in kaart te brengen en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus te ontwikkelen. Hierbij kunnen beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en universiteiten worden betrokken.

### 3.2 Abortus vanuit mensenrechtelijk perspectief

Internationale mensenrechtenverdragen die België binden, waaronder het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens, waarborgen geen expliciet recht op abortus. Niettemin hebben internationale en supranationale organen en rechtbanken de relatie tussen abortus en een aantal erkende mensenrechten bevestigd, waardoor het recht op abortus soms als mensenrecht wordt benaderd (Zampas en Gher, 2008). Zowel het ‘recht op leven’ als ‘het recht op eerbiediging van het privéleven’ (zoals verankerd in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens en het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten) worden hier besproken vanwege hun centrale rol in de voor België relevante jurisprudentie inzake abortus. Daarnaast bestaan er andere internationaal verankerde mensenrechten die in verband zijn gebracht met abortus (bv. recht op vrijheid van meningsuiting<sup>36</sup>, recht op gelijkheid en non-discriminatie<sup>37</sup>, recht om vrij te zijn van foltering<sup>38</sup>, recht op vrijheid van geweten en godsdienst<sup>39</sup>, enz.). Deze andere rechten worden in dit hoofdstuk en andere hoofdstukken van dit rapport meer fragmentarisch behandeld.

#### 3.2.1 Recht op leven

Eén van de vragen die zich stelt is of abortus verenigbaar is met het recht op leven. Om hierop een antwoord te bieden moet de toepasselijkheid van het recht op leven op het embryo/de foetus worden nagegaan. Artikel 2 EVRM beschermt het recht op leven van ‘eenieder’ (‘everyone’). Hetzelfde geldt voor artikel 6 van IVBPR, waar ‘ieder mens’ (‘every human being’) wordt beschermd. De vraag rijst dan ook of ongeboren leven kan worden beschouwd als ‘eenieder’ of ‘ieder mens’ in de zin van deze bepalingen (van Dijk *et al.*, 2018).

Het EHRM heeft zich doorgaans terughoudend opgesteld en heeft de vraag naar de toepasselijkheid van het recht op leven op ongeboren leven nog niet kunnen of willen beantwoorden.<sup>40</sup> Zo overwoog het EHRM in de zaak Vo tegen Frankrijk<sup>41</sup> dat de verschillende ethische, filosofische en culturele standpunten met betrekking tot het begin van leven binnen de Raad van Europa leiden tot het besluit dat er geen consensus kan worden gevonden over de aard en het statuut van het embryo of de foetus.<sup>42</sup> Aan ongeboren leven zou onder het EVRM in ieder geval geen absoluut recht op leven toekomen, gelet op de verbondenheid met het leven van de zwangere persoon en gelet op de vaststelling dat op het ogenblik van het tekenen van het

<sup>36</sup> Zie, bijvoorbeeld, EHRM 29 oktober 1992, nr. 14234/88, Open Door v. Ireland.

<sup>37</sup> Zie, bijvoorbeeld, de schending van artikel 26 BUDO-verdrag door Ierland na miskenning van abortus, vastgesteld door het VN Mensenrechtencomité (VN Mensenrechtencomité, 17 november 2016, nr. 2324/2013, Amanda Jane Mellet t. Ierland, 7.11; VN Mensenrechtencomité 17 maart 2017, nr. 2425/2014, Siobhán Whelan t. Ierland, 7.12.).

<sup>38</sup> Zie, bijvoorbeeld, EHRM 26 mei 2011, nr. 27617/04, R.R. v. Poland.

<sup>39</sup> Zie, bijvoorbeeld, de bespreking in dit rapport van de zaken Grimmark v. Sweden and Steen v. Sweden (EHRM) met betrekking tot gewetensbezwaren ten aanzien van abortus.

<sup>40</sup> Zie o.m. EHRM 10 april 2007, nr. 6339/05, Evans t. Verenigd Koninkrijk (m.b.t. embryo's in vitro); EHRM 5 september 2002, nr. 50490/99, Boso t. Italië; ECRM 13 mei 1980, nr. 8416/78, W.P. t. Verenigd Koninkrijk; ECRM, 19 mei 1992, nr. 17004/90, H. t. Noorwegen).

<sup>41</sup> Deze zaak betrof een onvrijwillige zwangerschapsafbreking door een medische fout.

<sup>42</sup> EHRM 8 juli 2004, nr. 53924/00, Vo t. Frankrijk, §§84-85.



verdrag alle verdragsluitende partijen – met uitzondering van één<sup>43</sup> – abortus alvast toelieten wanneer het leven van de zwangere vrouw in het gedrang zou komen.<sup>44</sup> Het recht op leven van de foetus is dus niet alleen onderworpen aan de expliciete uitzonderingen uiteengezet in artikel 2 EVRM, maar ook aan een verdergaande impliciete uitzondering in het licht van de bescherming van het leven en de gezondheid van de zwangere persoon.<sup>45</sup> Wetgeving omtrent abortus is volgens het Hof in overeenstemming met het EVRM wanneer blijkt dat een evenwicht werd gezocht tussen de nood om ongeboren menselijk leven te beschermen enerzijds en de belangen van de zwangere persoon anderzijds.<sup>46</sup> Bij gebrek aan Europese consensus stelt het Hof zich bij de beoordeling van wetgeving omtrent vrijwillige zwangerschapsafbreking in ieder geval zeer terughoudend op.

Ook uit artikel 6 van het Internationaal Verdrag voor de Burgerlijke en Politieke Rechten valt geen uitdrukkelijk recht op leven voor ongeboren leven af te leiden; evenmin valt uit de bewoordingen van dit artikel af te leiden dat ongeboren leven niet onder het toepassingsgebied van artikel 6 IVBPR zou vallen. Artikel 6 IVBPR vereist echter wel, met oog op het recht op leven van de vrouw, dat lidstaten veilige toegang tot abortus waarborgen om het leven en de gezondheid van de zwangere vrouw te beschermen. Dergelijke veilige toegang moet ook voorzien worden wanneer het uitdragen van de zwangerschap substantiële pijn of lijden zou veroorzaken bij de vrouw, in het bijzonder wanneer de zwangerschap het resultaat is van verkrachting of incest, of wanneer de foetus niet levensvatbaar is (*infra*).<sup>47</sup>

### 3.2.2 Recht op eerbiediging van het privéleven

Het recht op eerbiediging van het privéleven, zoals prominent beschermd door artikel 8 EVRM, werd in verschillende zaken met betrekking tot abortus ingeroepen ter bescherming van de fysieke integriteit en het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere persoon.<sup>48</sup> Het EHRM oordeelt dat wetgeving die zwangerschapsafbreking regelt raakt aan de sfeer van het privéleven van de zwangere vrouw. Artikel 8 kan volgens het EHRM echter niet geïnterpreteerd worden als een toekenning van een absoluut recht op abortus.<sup>49</sup> Er dient een belangenafweging plaats te vinden tussen rechten geclaimd door een “moeder” of “vader” ten aanzien van elkaar of van de foetus. Deze belangafweging valt binnen de beoordelingsmarge die aan de verdragsstaten wordt toegekend (EHRM 16 december 2010, nr. 25579/05, *A, B en C t. Ierland*, § 229).

<sup>43</sup> Malta.

<sup>44</sup> ECRM 13 mei 1980, nr. 8416/78, *W.P. t. VK.*, §19-20.

<sup>45</sup> ECRM 13 mei 1980, nr. 8416/78, *W.P. t. VK.*, §§22-23.

<sup>46</sup> EHRM 5 september 2002, nr. 50490/99, *Boso t. Italië*, §1; EHRM 19 mei 1992, nr. 17004/90, *R.H. t. Noorwegen*; ECRM 13 mei 1980, nr. 8416/78, *W.P. t. VK.*, §23.

<sup>47</sup> United Nations Human Rights Committee, General Comment no. 28 on the Equality of Rights Between Men and Women (article 3) CCPR/C/21/Rev. 1/Add (2000) [10]; General Comment No. 36 on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights – Right to Life CCPR/C/GC/36 (2018) [8].

<sup>48</sup> EHRM 20 maart 2007, nr. 5410/03, *Tysiact t. Polen*; EHRM 16 december 2010, nr. 25579/05, *A, B en C t. Ierland*; EHRM 26 mei 2011, nr. 27617/04, *R.R. t. Polen*.

<sup>49</sup> EHRM 30 oktober 2012, nr. 57375/08, *P. en S. t. Polen*, §96-§98.

“The Court has previously found, (...) that the decision of a pregnant woman to continue her pregnancy or not belongs to the sphere of private life and autonomy. Consequently, also legislation regulating the interruption of pregnancy touches upon the sphere of private life, since whenever a woman is pregnant her private life becomes closely connected with the developing foetus (*Eur.Comm. HR, Bruggeman and Scheuten v. Germany*, cited above; *Boso v. Italy (dec.)*, no. 50490/99, ECHR 2002-VII; *Vo v. France [GC]*, no. 53924/00, § 76, ECHR 2004-VIII; *Tysiact*, cited above, §§ 106-107; *A, B and C v. Ireland [GC]*, no. 25579/05, § 212, 16 December 2010). It is also clear from an examination of these cases that the issue has always been determined by weighing up various, and sometimes conflicting, rights or freedoms claimed by a mother or a father in relation to one another or vis-à-vis the foetus (*Vo v. France*, cited above, § 82).” (R.R. t. Polen, § 181).

Hoewel het Hof benadrukt heeft dat de marge van appreciatie niet ongelimiteerd is aangezien de staat steeds een proportionele balans moet opmaken van tegenstrijdige belangen (*ABC v Ierland*, § 238; *Open Door and Dublin Well Woman v Ireland*, § 68), kende het in het verleden een zeer ruime appreciatiemarge toe aan staten om de balans tussen bescherming van legitieme publieke belangen (bv. bescherming ongeboren leven) en respect voor het zelfbeschikkingsrecht van de zwangere vrouw op te maken. Zo werd bijvoorbeeld de relatief strenge abortuswetgeving van Ierland, die destijds een totaalverbod inhield op abortus voor gezondheid- en welzijnsredenen van de vrouw, door het EHRM niet in strijd geacht met artikel 8 EVRM.<sup>50</sup> Het Hof bevestigde de ruime appreciatiemarge voor staten en oordeelde dat Ierland, onder meer gelet op de morele opvattingen in het land omtrent de aard van het leven, een billijke balansoefening had opgemaakt bij het opstellen van de abortuswetgeving (*ABC v Ierland*, § 239-241). Ook de mogelijkheid die bestond om te reizen naar een naburig land om een abortus te bekomen werd niet geacht van invloed te zijn op de beoordelingsmarge van de staat om eigen abortuswetgeving te bepalen.

“(…) [I]t is true that the process of travelling abroad for an abortion was psychologically and physically arduous for the first and second applicants, additionally so for the first applicant given her impoverished circumstances (see paragraph 163 above). (...) [T]he Court does not underestimate the serious impact of the impugned restriction on the first and second applicants. It may even be the case, as the first two applicants argued, that the impugned prohibition on abortion is to a large extent ineffective in protecting the unborn in the sense that a substantial number of women take the option open to them in law of travelling abroad for an abortion not available in Ireland. (...) However, it is equally to this choice [keuze aangaande de toegelaten redenen voor abortus, n.v.d.r.] that the broad margin of appreciation centrally applies.” (*ABC v Ierland*, § 239-240).

<sup>50</sup> Ierland heeft sinds 2018 een meer permissieve abortuswetgeving: the Health (Regulation of Termination of Pregnancy) Act 2018, <https://www.irishstatutebook.ie/eli/2018/act/31>.

Een ruime beoordelingsmarge voor staten in de context van abortus blijft tot dusver gehandhaafd, ondanks een groeiende consensus onder de Europese lidstaten die suggereert dat de balans in het voordeel van de vrouw dient te vallen (Wicks, 2011). De positie van het EHRM inzake abortus is aldus ambigu, en de status van abortus als (mensen)recht onzeker.

Het EHRM stelt daarentegen wel dat, wanneer een staat ervoor gekozen heeft om vrijwillige zwangerschapsafbreking bij wet toe te laten, de toegang tot abortus in de praktijk ook effectief mogelijk moet gemaakt worden. De schendingen van artikel 8 EVRM die het Hof in het verleden heeft uitgesproken in de context van abortus zijn gerelateerd aan de procedurele tekortkomingen in het kader van het recht op eerbiediging van het privéleven in plaats van aan een inhoudelijke beperkingen op dat recht (Erdman, 2014).<sup>51</sup> In *R.R. v Polen* stelde het Hof bijvoorbeeld een schending vast van dat recht omdat, ondanks het feit dat de wetgeving abortus toeliet bij foetale afwijkingen, Polen geen adequaat juridisch en procedureel kader voorzag om toegang te krijgen tot relevante, volledige en betrouwbare informatie over de gezondheid van de foetus die het mogelijk moet maken om een geïnformeerde beslissing te maken over abortus (*R.R. v Polen*, §208-214). Het herhaalde dat staten verplicht zijn om hun gezondheidszorgsysteem zodanig te organiseren zodat een effectieve uitoefening van de gewetensvrijheid van zorgverleners in een professionele context patiënten er niet van weerhoudt toegang te krijgen tot diensten waar zij wettelijk recht op hebben (*R.R. v Polen*, §206). Bovenop een schending van artikel 8 EVRM, sprak het Hof eveneens een schending uit van artikel 3 EVRM (Verbod op foltering en onmenselijke of vernederende behandelingen of bestraffingen), aangezien de vrouw in kwestie, die zich in een zeer kwetsbare situatie bevond, vernederd en schandelijk behandeld werd door uitstelgedrag van zorgverleners, waardoor zij zich wekenlang in een stresserende en pijnlijke onzekerheid bevond met betrekking tot de gezondheid van de foetus en haar opties (*R.R. v Polen*, §159-162).

Het Wetenschappelijk Comité wijst erop dat de laatste rechtspraak van het EHRM met betrekking tot vrijwillige abortus dateert van meer dan een decennium geleden. Sindsdien hebben enkele Europese lidstaten hun wetgeving verder geliberaliseerd (bv. Ierland), terwijl enkelen een verstrenging hebben doorgevoerd (bv. Polen). Deze nationale tendensen kunnen van invloed zijn op de toekomstige rechtspraak van het EHRM, aangezien het EHRM regelmatig verwijst naar een al dan niet aanwezige Europese consensus ten aanzien van abortus. Het Wetenschappelijk Comité beveelt daarom aan bijzondere aandacht te besteden aan de verzoeken tegen Polen die momenteel hangende zijn en waar een uitspraak van het EHRM geanticipeerd wordt.<sup>52</sup> Deze verzoeken hebben betrekking op een wettelijke voorziening voor abortus bij foetale afwijkingen die door het Poolse Grondwettelijk Hof ongrondwet-

telijk is verklaard. Dit is belangwekkend aangezien het Hof zich in deze zaken voor het eerst zou kunnen buigen over een interventie waarbij een bestaande wettelijke toegang tot (medische) abortus werd teruggeschoefd.

In tegenstelling tot het EHRM, heeft het VN Mensenrechtencomité in recente uitspraken meer een inhoudelijke belangafweging gemaakt. In de zaken *Mellet* tegen Ierland en *Whelan* tegen Ierland erkende het Mensenrechtencomité de psychologische, fysieke en financiële schade die veroorzaakt werd door de strenge Ierse abortuswetgeving. Het oordeelde onder meer dat artikel 17 IVBPR (recht op bescherming van de persoonlijke levenssfeer) geschonden werd door Ierland omdat het gekozen evenwicht tussen enerzijds de bescherming van de foetus en anderzijds het recht van de zwangere persoon op bescherming van de persoonlijke levenssfeer niet gerechtvaardigd was.<sup>53</sup> In beide zaken ging het om zwangerschappen waarbij een lethale foetale aandoening werd ontdekt, waarna de vrouwen noodgedwongen moesten reizen naar het buitenland voor een zwangerschapsafbreking wegens de restrictieve abortuswetgeving in Ierland. Het Mensenrechtencomité was daarnaast in beide zaken ook van oordeel dat Ierland artikel 7 IVBPR, dat een verbod inhoudt op foltering en wrede, onmenselijke of ontorende behandeling of bestraffing, had geschonden in hun behandeling van de betrokken zwangere personen.<sup>54</sup> Ook artikel 26 IVBPR, dat het recht op gelijke bescherming en non-discriminatie omvat, werd geschonden geacht in deze twee zaken. Het Mensenrechtencomité oordeelde immers dat de ongelijke behandeling van de abortusverzoeksters in kwestie in vergelijking met vrouwen die besloten hun niet-levensvatbare zwangerschap uit te dragen, geen rekening hield met de medische noden en socio-economische omstandigheden van de betrokken vrouwen, en dat het niet voldeed aan de vereisten van redelijkheid, objectiviteit en legitimiteit.<sup>55</sup>

<sup>51</sup> Bv. EHRM 20 maart 2007, nr. 5410/03, *Tysiac t. Polen*; EHRM 16 december 2010, nr. 25579/05, *A, B en C t. Ierland*; EHRM 26 mei 2011, nr. 27617/04, *R.R. v Polen*.

<sup>52</sup> *K.B. v Poland* and three other applications (nos. 1819/21, 3682/21, 4957/21 and 6217/21), *K.C. v Poland* and three other applications (nos. 3639/21, 4188/21, 5876/21 and 6030/21), *A.L. - B. v. Poland* and three other applications (nos. 3801/21, 4218/21, 5114/21 and 5390/21).

<sup>53</sup> Human Rights Committee 17 november 2016, nr. 2324/2013, *Amada Jane Mellet t. Ierland*, 7.8; Human Rights Committee 17 maart 2017, nr. 2425/2014, *Siobhán Whelan t. Ierland*, 7.9.

<sup>54</sup> Mensenrechtencomité 17 november 2016, nr. 2324/2013, *Amada Jane Mellet t. Ierland*, 7.6; Mensenrechtencomité 17 maart 2017, nr. 2425/2014, *Siobhán Whelan t. Ierland*, 7.7. Zie ook eerdere communicatie: *KL v Peru United Nations*, Mensenrechtencomité Communication No. 1153/2003, CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005). Vergelijk met EHRM 20 maart 2007, nr. 5410/03, *Tysiac t. Polen*, § 66, waarin het EHRM geen schending vaststelde van artikel 3 EVRM. Een dergelijke schending werd wel vastgesteld in EHRM 26 mei 2011, nr. 27617/04, *R.R. v. Polen*, door vernederende en gebrekkige counseling van de zwangere vrouw en vertragingen in het proces van prenatale diagnose.

<sup>55</sup> Human Rights Committee 17 november 2016, nr. 2324/2013, *Amada Jane Mellet t. Ierland*, 7.11; Human Rights Committee 17 maart 2017, nr. 2425/2014, *Siobhán Whelan t. Ierland*, 7.12.

### 3.3 Abortus en grondwettelijk recht

De Belgische grondwet bevat geen expliciet recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking (zie over een potentiële verankering van abortus in de grondwet: hoofdstuk 3.4.3). In navolging van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens wordt echter wel aanvaard dat de abortusbeslissing minstens raakt aan artikel 22 Gw., dat het recht op eerbiediging van het privéleven omvat.

Het Grondwettelijk Hof heeft zich tot dusver enkel uitgesproken over de verenigbaarheid van de Wet (Vrijwillige) Zwangerschapsafbreking met de artikelen 10 en 11 Gw. (gelijkheid- en niet-discriminatieregels) en artikel 23 Gw. (recht op menswaardig leven), samen gelezen met relevante mensenrechtenbepalingen in internationale verdragen. Het verwierp een eerste beroep tot vernietiging van een aantal bepalingen van de Wet Zwangerschapsafbreking 1990 (Arbitragehof nr. 39/91, 19 december 1991). De verzoekers, een aantal individuen en de v.z.w. 'Pro Vita – Gezin en Leven', hadden onder meer aangevoerd dat de Wet Zwangerschapsafbreking discriminatie inhoudt van het ongeboren kind ten aanzien van geboren personen bij toepassing van het recht op leven en het verbod op folteren (gewaarbord door internationale verdragen). Het Hof oordeelde echter dat artikelen 6 en 6bis Gw. (huidige artikelen 10 en 11 Gw.) niet uit zichzelf vaststellen dat de mens vanaf de verwekking grondwettelijke bescherming geniet: *“Hoewel de verplichting het menselijk leven te eerbiedigen de wetgever verplicht maatregelen te treffen om ook het ongeboren leven te beschermen, kan hieruit nochtans niet worden afgeleid dat de wetgever, op straffe van miskening van de artikelen 6 en 6bis van de Grondwet, zou verplicht zijn om het geboren en het ongeboren kind op dezelfde wijze te behandelen.”* (Arbitragehof nr. 39/91, 6.B.3.). Ook de door verzoekers' aangevoerde discriminatie van de 'vader' ten opzichte van de 'moeder', en van de ouders van een minderjarige 'moeder' ten opzichte van de minderjarige, werden ongegrond verklaard. Met betrekking tot de gehuwde man of 'vader', stelde het Hof dat deze wel degelijk belang kan hebben bij de bestrijding van de wet zwangerschapsafbreking in die mate dat die wet kan raken aan diens familiale leven (Arbitragehof nr. 39/91, 4.B.2.). Echter komt aan hem geen vetorecht toe ten aanzien van de zwangerschapsafbreking, gelet op de objectieve verschillen die tussen hem en de vrouw bestaan ten gevolge van de betrokkenheid van de vrouw bij de zwangerschap en bij de bevalling (Arbitragehof nr. 39/91, 6.B.11.). Wat betreft de ouders van de zwangere minderjarige, stelt het Hof dat het gelijkheidsbeginsel niet vereist dat de minderjarige die een zwangerschapsafbreking overweegt zou verplicht worden, op straffe van een misdrijf te plegen, haar ouders te raadplegen, noch dat de ouders toegang zouden kunnen hebben tot een rechtbank (Arbitragehof nr. 39/91, 6.B.18.). Er is geen discriminatie tussen ouders en minderjarige bij toepassing van een "recht op gezinsleven" van die eersten, aangezien ouders en minderjarige zich in een geheel andere toestand bevinden (Arbitragehof nr. 39/91, 6.B.17.). Ten slotte stelde het Arbitragehof evenmin discriminatie vast van bepaalde artsen ten opzichte van andere, en van bepaalde vrouwen ten opzichte van andere vrouwen met betrekking tot het verbod op foltering (Arbitragehof nr. 39/91, 6.B.19-6.B.20. en 6.B.21- 6.B.23.).

Na de wijzigingen aan de abortuswetgeving in 2018, werd tevens beroep tot gehele of gedeeltelijke vernietiging ingesteld bij het Grondwettelijk Hof tegen de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking. Het beroep ging uit van de vereniging 'Citoyens pour la vie – Burgers voor het leven' en meerdere individuen. Het Hof verwierp het beroep tot gehele of gedeeltelijke vernietiging van de wet (GwH nr. 122/2020, 24 september 2020) en herhaalt dat *“(n)och de artikelen 10, 11 en 23 van de Grondwet, noch de in het middel aangevoerde internationale bepalingen, bepalen als zodanig dat de mens al vanaf zijn verwekking de bescherming zou genieten die zij waarborgen.”* (GwH nr. 122/2020, B.5.1.) Het refereerde tevens naar rechtspraak van het EHRM, waarin het bevestigt dat de zwangerschapsafbreking de persoonlijke levenssfeer van de zwangere vrouw, gewaarborgd door artikel 8 EVRM, raakt. (GwH nr. 122/2020, B.27.1.). Het Grondwettelijk Hof stelde vast dat de wetgever met de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 “een evenwicht (heeft) gezocht tussen, enerzijds, de grondrechten van de zwangere vrouw en, anderzijds, de ethische bezorgdheden die een Staat moet waarborgen.” (GwH nr. 122/2020, B.27.3.). De wettelijke bepalingen die werden aangevochten, waaronder de verplichting om te verwijzen naar een andere arts bij gewetensbezwaar en het misdrijf van verhindering van toegang tot abortus, werden niet in strijd geacht met de grondwet. Evenmin volgde het Grondwettelijk Hof de redenering van de verzoekende partijen dat de wet vrijwillige zwangerschapsafbreking een schending inhoudt van het verbod op eugenetische praktijken door zwangerschapsafbreking op basis van een zeer ernstige en ongeeneeslijke kwaal toe te laten. Het Hof stelt: *“De bestreden bepaling (art. 2, 5° van de wet) bestaat alleen erin een zwangere vrouw de mogelijkheid te bieden individueel te beslissen om haar zwangerschap al dan niet te beëindigen indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de prenatale diagnose.”* (GwH nr. 122/2020, B.5.1.).

### 3.4 Mogelijke hervormingen in verband met de juridische status van abortus

#### 3.4.1 De kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg

Aan het Wetenschappelijk Comité werd de vraag voorgelegd in hoeverre vrouwen en het ongeboren leven (strafrechtelijk) zouden worden beschermd als de Wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking zou worden opgenomen in de wet op de rechten van de patiënt. Werkgroep 4 analyseerde deze vraag vanuit het perspectief van een wettelijke kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als ‘gezondheidszorg’. In België zijn gezondheidszorgverlening en -beroepen onderworpen aan een aantal gezondheidsrechtelijke wetten, waaronder de wet betreffende de rechten van de patiënt<sup>56</sup> (hierna: ‘Wet Patiëntenrechten’), maar ook andere wetten zoals de gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen<sup>57</sup> en de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg<sup>58</sup>. Deze wetten definiëren gezondheidszorg als “diensten verleend door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg met het doel de gezondheid van een patiënt te bevorderen, tot stand te brengen, te behouden of te verbeteren, het uiterlijk van een patiënt te veranderen om voornamelijk esthetische redenen, of de patiënt te helpen sterven”.

Bij het overwegen van de kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg nam werkgroep 4 een onderscheid tussen drie vragen waar. De eerste betreft de achterliggende normatieve vraag of vrijwillige abortus op basis van zijn kenmerken moet worden beschouwd als gezondheidszorg. Werkgroep 4 constateerde veel tegengestelde opvattingen over deze kwestie, zowel in de academische literatuur als in de standpunten van enkele van haar leden. Een deel van de controverse wordt verklaard door het ontbreken van een gemeenschappelijk begrip van wat gezondheidszorg is of zou moeten zijn, en onenigheid over de vraag of het concept een strikte/stabiele of brede/evolutieve interpretatie vereist. Vrijwillige zwangerschapsafbreking wordt vaak beschouwd als iets wat zich in een grijze zone bevindt: het vereist een chirurgische of medicamenteuze interventie en kan, doch echter niet per definitie, een therapeutisch karakter hebben. Werkgroep 4 stelt vast dat de wetgever in het verleden de juridische definitie van gezondheidszorg heeft verruimd voor andere zogenaamde “grijze zone”-interventies: esthetische interventies die het uiterlijk van patiënten veranderen, en de stervensbegeleiding. Die interventies werden toegevoegd aan de definitie van gezondheidszorg in de wet zonder ze per definitie te beschouwen als diensten gericht op het “bevorderen, vestigen, behouden, herstellen of verbeteren” van de gezondheidstoestand van een patiënt.

Een tweede vraag houdt verband met wat “abortus kwalificeren als gezondheidszorg” juist vereist. Werkgroep 4 en het Wetenschappelijk Comité namen verschillende benaderingen waar. In één benadering vereist deze kwalificatie het verwijderen van alle abortus-specifieke regels en het behandelen van abortus als een reguliere medische procedure waarop enkel algemene gezondheidsrechtelijke wetten van toepassing zijn. In een andere benadering betekent dit het toepassen van algemene gezondheidswetten en -principes als standaardkader, terwijl tegelijkertijd aanvullende abortus-specifieke regels en sancties kunnen worden gehandhaafd. Het lijkt erop dat minstens bepaalde zorginterventies door een dergelijke *lex specialis* worden geregeld boven op de algemene gezondheidsrechtelijke wetten (bv. esthetische chirurgie of geassisteerde voortplanting). Volgens het Wetenschappelijk Comité, in lijn met het standpunt van werkgroep 4, zijn beide benaderingen mogelijk, maar dient abortus-specifieke regelgeving die afwijkt van de algemene regels van het gezondheidsrecht naar behoren te worden gemotiveerd.

Een derde vraag betreft de verwachte effecten en implicaties van een juridische benadering die vrijwillige abortus erkent als gezondheidszorg. Deze zal in de volgende paragrafen uitvoeriger worden besproken.

##### 3.4.1.1 Huidige juridische status van vrijwillige zwangerschapsafbreking: is het gezondheidszorg?

De wetgever heeft er in 1990 en 2018 voor gekozen om vrijwillige zwangerschapsafbreking te regelen via specifieke wetgeving. Hiermee is in eerste instantie gekozen om vrijwillige zwangerschapsafbreking niet te behandelen als een reguliere medische handeling (die louter onder algemene wetgeving valt), maar om specifieke voorwaarden en restricties te formuleren. De wetgever koos voor een soortgelijke aanpak bij de regeling van onder meer de medisch begeleide voortplanting en de esthetische geneeskunde. De vraag is gerezen of, naast de regels in de huidige abortuswetgeving, de algemene gezondheidsrechtelijke wetten en kwaliteitswaarborgen eveneens van toepassing zijn op vrijwillige zwangerschapsafbreking. De wetgever leek er, voor wat de Wet Patiëntenrechten betreft, aanvankelijk van uit te gaan dat vrijwillige zwangerschapsafbreking niet onder de definitie van gezondheidszorg viel (*Parl.St. Kamer 2001-02, nr. 50-1642/012, p. 5328*). Vrijwillige zwangerschapsafbreking wordt althans niet expliciet vermeld in de definitie van gezondheidszorg zoals vervat in de algemene gezondheidsrechtelijke wetten. In de rechtsleer bestaat echter een debat over de vraag of de vrijwillige zwangerschapsafbreking vandaag juridisch reeds kan of moet worden beschouwd als gezondheidszorg (Nys, 2016, 107-108; Vansweevelt, 2022, 171-172).

##### 3.4.1.2 Juridische impact van een kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg

De kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg zou in eerste instantie een einde stellen aan dit debat en zorgen voor de juridische bevestiging dat algemene gezondheidsrechtelijke wetten van toepassing zijn op de context van vrijwillige zwangerschapsafbreking. De wet betreffende de vrijwillige zwanger-

<sup>56</sup> Wet betreffende de rechten van de patiënt, 22 augustus 2002, BS 26.09.2002.

<sup>57</sup> Gecoördineerde wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, 10 mei 2015, BS 18.06.2015 (1e ed.).

<sup>58</sup> Wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering in de gezondheidszorg, 22 april 2019, BS 14.05.2019.

schapsafbreking blijft onverkort en met voorrang gelden, maar wordt aangevuld met en geïnterpreteerd in het licht van die algemene gezondheidswetten. Van belang is onder meer de toepassing van de Wet Patiëntenrechten, waarop een patiënte die om een abortus verzoekt, zich zou kunnen beroepen.<sup>59</sup> Deze wet beschermt onder meer het recht van de patiënt op informatie, op diens geïnformeerde toestemming, op een zorgvuldig bewaard patiëntendossier, op bescherming van diens persoonlijke levenssfeer, ... Ook bevat de Wet Patiëntenrechten een regeling met betrekking tot vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwame meerderjarigen (zie *infra*). Daarnaast garanderen de Wet Patiëntenrechten en de verdere uitwerking hiervan in de Kwaliteitswet de kwaliteit van de zorg. De Gezondheidszorgberoepenwet waarborgt bovendien de bekwaamheid van de gezondheidszorgbeoefenaar, door onder meer voorwaarden te stellen inzake diploma's en beroepstitels. Ten slotte bevatten deze gezondheidsrechtelijke wetten een aantal niet-strafrechtelijke toezicht-, klacht- en sanctiemechanismen ter handhaving van de bepalingen.

Zoals hierboven gesteld, werd aan het Wetenschappelijk Comité gevraagd in hoeverre vrouwen en de foetus strafrechtelijk beschermd worden indien vrijwillige abortus onder de Wet Patiëntenrechten zou worden behandeld. Ten eerste merkt werkgroep 4 op dat de toezicht-, klacht- en sanctiemechanismen die vervat zitten in de betrokken gezondheidsrechtelijke wetten, van toepassing worden op de context van vrijwillige zwangerschapsafbreking. Ten tweede oordeelt ze dat de kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als 'gezondheidszorg' niet onverenigbaar is met de aanwezigheid van specifieke strafsancities in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, en dat die kwalificatie op zichzelf geen impact op de strafrechtelijke bescherming heeft. Zo bevat ook de wet betreffende de esthetische geneeskunde nog specifieke strafsancities. De wet van 23 mei 2013 tot regeling van de esthetische geneeskunde stelt onder meer strafbaar "het gewoonlijk uitvoeren van de betrokken handelingen zonder daarvoor bevoegd te zijn" (artikel 21), het niet-respecteren van een wachtperiode van 15 dagen (artikel 20 en 22), schending van de vereiste van een schriftelijk akkoord van een wettelijke vertegenwoordiger of vertegenwoordigers voor een ingreep bij een minderjarige (artikel 17), en schending van het verplicht verstrekken van bepaalde informatie (artikel 18). Het is volgens het Wetenschappelijk Comité mogelijk om, mits een rechtvaardiging, afwijkende regels met bijhorende strafsancities aangaande zwangerschapsafbreking in een bijzondere wet te plaatsen ondanks een kwalificatie als gezondheidszorg. Echter zou de wetgever tevens een andere beleidskeuze kunnen maken door vrijwillige zwangerschapsafbreking verregaander te dereguleren en decriminaliseren. De mate waarin dit gebeurt, bepaalt de overblijvende strafrechtelijke bescherming van vrouwen en ongeboren leven. Het Wetenschappelijk Comité en werkgroep 4 merken op dat de kwalificatie van abortus als gezondheidszorg doorgaans hand in hand gaat met initi-

atieven die de strafrechtelijke status van abortus verregaand reduceren of verwerpen (Berer, 2017). Om die redenen behandelt hoofdstuk 3.4.2 de "decriminalisering van abortus" uitvoeriger.

Ten slotte, hoewel de oproep om abortus als gezondheidszorg te erkennen vaak speelt in vrouwenrechten- en feministische debatten, observeren enkele leden van werkgroep 4 eveneens een trend richting 'demedicalisering' van abortus in feministische literatuur en hedendaagse abortuspraktijken wereldwijd. De onderliggende idee is om veilige, *self-managed* medicamenteuze abortus, zonder of met gelimiteerde medische-juridische controle, regelgeving of tussenkomst mogelijk te maken (Assis en Erdman, 2021). Een lid van werkgroep 4 merkt echter op dat beide benaderingen verenigbaar kunnen zijn aangezien beide aanpakken de autonomie, het welzijn en de veiligheid van zwangere individuen vooropstelt. Werkgroep 4 en het Wetenschappelijk Comité merken niettemin op dat, indien de wetgever besluit tot een democratisering van (sommige vormen van) abortusverstrekking, juridische amendementen vereist zijn (zie ook hoofdstuk 3.1.3.7 en 7.3).

#### 3.4.1.3 De regeling inzake toestemming/vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwame meerderjarigen in de wet betreffende de rechten van de patiënt

Eerder in dit rapport werd reeds gewezen op de regeling van toestemming/vertegenwoordiging van minderjarigen en wilsonbekwame meerderjarigen in de context van zwangerschapsafbreking. Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat een kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking mogelijk gepaard gaat met een juridische regeling van deze kwesties. Indien de wetgever vrijwillige zwangerschapsafbreking kwalificeert als gezondheidszorg, kan de wetgever *of* een afwijkende regeling opnemen in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, *of* terugvallen op de bestaande regeling voorzien in de Wet Patiëntenrechten met betrekking tot vertegenwoordiging van minderjarige en meerderjarige (wilsonbekwame) patiënten. Ter informatie van de wetgever wordt de huidige regeling in de Wet Patiëntenrechten hier kort toegelicht.

De Wet Patiëntenrechten bepaalt dat de patiëntenrechten van een **minderjarige** worden uitgeoefend door de ouders die het gezag over de minderjarige uitoefenen of door hun voogd (art. 12, § 1 Wet Patiëntenrechten). Minderjarigen moeten evenwel worden betrokken bij de uitoefening van hun rechten, rekening houdend met hun leeftijd en maturiteit. Indien de minderjarigen tot een redelijke beoordeling van hun belangen in staat kunnen worden geacht, kunnen ze de rechten onder de Wet Patiëntenrechten zelfstandig uitoefenen. Dit zou volgens sommige auteurs voor het merendeel van de zwangere minderjarigen een zelfstandig verzoekrecht tot abortus inhouden zonder de ouders erbij te hoeven betrekken (Veys, 2007, 159; Vansweevel, 2022, 184-185). Deze opvatting lijkt in overeenstemming te zijn met hoe abortusartsen in de praktijk handelen.

Daarnaast bevat de Wet Patiëntenrechten een regeling voor de vertegenwoordiging van **wilsonbekwame meerderjarige patiënten** (artikel 14 Wet Patiëntenrechten). De

<sup>59</sup> Het Wetenschappelijk Comité wijst in dit kader op de intentie tot hervorming van deze wet, zie: <https://vandenbroucke.belgium.be/nl/modernisering-van-de-wet-op-de-pati-ntenrechten>.

Wet Patiëntenrechten vertrekt vanuit het principe van wils(on)bekwaamheid: wilsbekwame meerderjarigen kunnen de rechten gewaarborgd door de wet zelfstandig uitoefenen. Voor wilsonbekwame meerderjarigen is een cascaderегeling van vertegenwoordiging van toepassing. Op grond van artikel 14, § 4 moeten patiënten zo veel mogelijk en in verhouding tot hun begripsvermogen worden betrokken bij de uitoefening van hun rechten. Verzet door een wilsonbekwame zwangere persoon specifiek gericht tegen de zwangerschapsafbreking zal in het licht van voormelde verdragen in beginsel moeten worden gerespecteerd. Het verrichten van een abortus zonder de zwangere persoon in verhouding tot haar begripsvermogen bij de beslissing te betrekken en dus zonder rekening te houden met haar wens om de zwangerschap uit te dragen, zou wegens gebrek aan geldige toestemming overigens ook strafbaar kunnen zijn onder artikel 348 Sw., dat betrekking heeft op vruchtafdrijving zonder de toestemming van de zwangere persoon. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3.1.3.6, is de toepassing van de vertegenwoordigingsregels uit de Wet Patiëntenrechten op zwangerschapsafbreking bij wilsonbekwame personen echter niet volledig afgestemd op de wetgeving inzake **meerderjarige beschermde personen**. Indien vrijwillige zwangerschapsafbreking uitdrukkelijk gekwalificeerd wordt als gezondheidszorg, is een aanpassing van artikel 497/2, 19° oud BW aangewezen.

Zelfs indien de wetgever vrijwillige zwangerschapsafbreking kwalificeert als gezondheidszorg, zou die er volgens werkgroep 4 en het Wetenschappelijk Comité bij gebaat zijn om de verhouding tussen de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking en de regeling in de Wet Patiëntenrechten inzake vertegenwoordiging toe te lichten. Enige onduidelijkheid blijft immers bestaan doordat de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking louter spreekt over het verzoek en de schriftelijke toestemming van de zwangere vrouw (wat door sommigen zou kunnen worden geïnterpreteerd als een regeling die afwijkt van en voorrang heeft op de regeling in de Wet Patiëntenrechten).

#### 3.4.1.4 Positie van het Wetenschappelijk Comité aangaande de kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om vrijwillige zwangerschapsafbreking juridisch als gezondheidszorg te kwalificeren. Deze aanbeveling is met name gebaseerd op de volgende overwegingen van werkgroep 4: 1) een expliciete juridische kwalificatie als gezondheidszorg kan een einde maken aan de huidige onzekerheid over de juridische status van vrijwillige zwangerschapsafbreking; 2) het krijgt de voorkeur om algemene principes uit het gezondheidsrecht toe te passen op vrijwillige zwangerschapsafbreking, zoals patiëntenrechten (waaronder het recht op de geïnformeerde toestemming) en kwaliteitsmaatregelen met betrekking tot praktijkvoering in de gezondheidszorg (Kwaliteitswet), 3) een juridische kwalificatie van vrijwillige zwangerschapsafbreking banaliseert vrijwillige zwangerschapsafbreking niet, aangezien specifieke regelingen en strafrechtelijke sancties in een *lex specialis* kunnen worden gehandhaafd. Een enkel lid van werkgroep 4 steunt de aanbeveling niet omdat het lid de juridische en sociale implicaties te onduidelijk acht. Het lid zet met name vraagtekens bij de gevolgen voor het recht op gewetensbezwaa-

indien vrijwillige zwangerschapsafbreking als gezondheidszorg wordt beschouwd. Andere leden van de werkgroep en het Wetenschappelijk Comité benadrukken dat de aanbeveling geen afbreuk doet aan de gewetensbezwaaclausule van individuele zorgprofessionals die gewaarborgd blijft in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking.

#### 3.4.2 Decriminalisering van vrijwillige abortus

Aan het Wetenschappelijk Comité werd de vraag voorgelegd of medisch personeel, vrouwen en derden die betrokken zijn bij onwettige abortus, nog steeds strafrechtelijk of tuchtrechtelijk kunnen worden bestraft indien alle specifieke strafrechtelijke sancties in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking worden geschrapt. Deze vraag kan worden gesitueerd in het debat over de ‘decriminalisering’ van abortus. In de volgende punten worden de betekenis, de doelstellingen en de verwachte gevolgen van de decriminalisering van abortus besproken.

##### 3.4.2.1 Definitie van decriminalisering

Decriminalisering kan worden gedefinieerd als het opheffen of reduceren van de strafrechtelijke classificatie of status van iets, en meer specifiek als het intrekken van een strikt verbod op iets, weliswaar met behoud van een vorm van regulering (Fearn, 2014). Decriminalisering van abortus kan zowel volledig als gedeeltelijk zijn, en kan gericht zijn op verschillende actoren die bij de abortusprocedure betrokken zijn.

**Ruime of volledige decriminalisering** van abortus wordt in de literatuur omschreven als het schrappen van de regulering van abortus uit de strafwetboeken en verordeningen en het schrappen van alle abortus-specifieke strafrechtelijke sancties (De Meyer, 2021). Regulering kan worden gehandhaafd, maar moet gesitueerd worden buiten het strafrecht en zonder toevlucht te nemen tot abortus-specifieke strafrechtelijke sancties (Sheldon en Wellings, 2020). Resterende regelgeving kan bijvoorbeeld gesitueerd worden in algemene of abortus-specifieke (gezondheidsrechtelijke) wetten, professionele richtlijnen en/of institutionele regels. Als gevolg zou het niet-naleven van de regelgeving door de beroepsgroep een zaak zijn voor professionele en deontologische sanctionering en burgerlijke aansprakelijkheid, in plaats van voor het strafrecht (BMA, 2017). Werkgroep 4 wijst er echter op dat de afschaffing van abortus-specifieke sancties en strafbare feiten in België niet noodzakelijk een strafrechtelijk antwoord op abortus uitsluit indien de wettelijke voorwaarden voor legale abortus gehandhaafd blijven. Zoals later zal worden besproken, kunnen algemene misdrijven uit het Strafwetboek die niet noodzakelijkerwijs met het oog op abortus werden opgesteld, van toepassing zijn op de situatie waarin een onrechtmatige abortus wordt uitgevoerd (zie ook in die zin: Advies nr. 66.881/AV, Raad van State, 24 februari 2020).

Enkele jurisdicties hebben abortus volledig gedecriminaliseerd, zoals Canada, Nieuw-Zeeland en enkele Australische rechtsgebieden (bv. Victoria, Tasmanië,

Queensland, New South Wales). In Canada is er geen specifieke abortuswetgeving. Dit maakt de praktijk legaal in alle stadia van de zwangerschap, hoewel ziekenhuizen en klinieken in de praktijk hun eigen grenzen stellen. Abortus wordt door de overheid gefinancierd als een medische procedure krachtens de federale Canada Health Act en de provinciale gezondheidszorgverordeningen. Nieuw-Zeeland en verschillende Australische staten hebben vrijwillige abortus ook volledig gedecriminaliseerd, doch hebben een specifieke abortuswet behouden, meestal met een maximale abortustermijn rond 16-20 weken zwangerschap post-conceptie (18-22 WA) voor abortus op verzoek (De Meyer, 2021).

**Gedeeltelijke decriminalisering** schaft slechts enkele abortusmisdrijven of strafrechtelijke sancties af, of creëert uitzonderingen op de strafbaarheid van abortus wanneer aan bepaalde wettelijke voorwaarden is voldaan. In deze situatie zal het verlenen of ondergaan van een abortus soms wel en soms niet een strafrechtelijke overtreding uitmaken. De meeste landen in Europa, waaronder België, hebben abortus gedeeltelijk gedecriminaliseerd.

Hoewel vrijwillige abortus in principe geen misdrijf meer is sinds de hervorming van de abortuswetgeving in 2018, gelden specifieke strafrechtelijke sancties voor de abortusverlener en de zwangere vrouw wanneer een abortus onwettig, dat wil zeggen buiten de wettelijke voorwaarden, wordt uitgevoerd (artikel 3 van de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking). Rekening houdend met het feit dat in het Belgische parlement in 2019-2020 een wetsvoorstel is besproken om alle abortus-specifieke strafsancities die momenteel nog in de wet op de vrijwillige zwangerschapsafbreking zijn opgenomen, af te schaffen, besprak werkgroep 4 de **meest gangbare argumenten en implicaties** die in de context van dergelijke aanpak gelden.

#### 3.4.2.2 Argumenten in het debat over ruime decriminalisering van abortus

Werkgroep 4 merkte op dat zowel in de academische literatuur als in het politieke debat verschillende begrippen van 'decriminalisering'/depenalisering<sup>60</sup> worden gebruikt en bepleit. Het gebrek aan een gemeenschappelijke interpretatie van de term bemoeilijkt het debat over (ruime) decriminalisering van abortus. Werkgroep 4 beveelt aan dat degenen die bij het debat betrokken zijn, vaststellen wat zij precies bedoelen wanneer zij over 'decriminalisering'/depenalisering' spreken. Bovendien onderstreept werkgroep 4 dat de redenering achter decriminalisering kan verschillen naargelang het gaat om vrouwen, zorgverleners of andere betrokkenen. De volgende argumenten voor en tegen het schrappen van alle abortus-specifieke strafsancities werden geïdentificeerd in literatuur en door leden van werkgroep 4.

Voorstanders van een ruime decriminalisering stellen dat **het decriminaliseren van de zwangere vrouw** zou aansluiten bij een meer vrouwvriendelijke en gezondheids-

gerichte benadering, waarbij de patiënte niet strafrechtelijk aansprakelijk wordt gesteld wanneer ze een abortus ondergaat, ook al is die onwettig. Het idee is dat deze vrouwen, die zich vaak in moeilijke situaties bevinden, niet strafrechtelijk gestraft zouden mogen worden voor het verzoeken van een onwettige abortus. Vooral – maar niet uitsluitend – met betrekking tot vrouwen gaat de consensus binnen het mensenrechtendiscours in de richting van decriminalisering van abortus (Erdman en Cook, 2020). Het idee is dat het decriminaliseren van de vrouw die om een abortus verzoekt zou bijdragen aan een destigmatisering van abortus en aan een meer serene besluitvorming zonder angst.<sup>61</sup>

**Het decriminaliseren van de abortusverstrekker** zou leiden tot een afzwakking van het afschrikwekkende effect van strafsancities, die verstrekkers er zelfs van kunnen weerhouden om rechtmatige abortussen uit te voeren. Volgens de voorstanders zou het beleid adequatere aansprakelijkheidsmechanismen in gezondheidsrechtelijke wetgeving, klinische en ethische richtlijnen en tuchtrecht van toepassing maken. Voorstanders van een dergelijk beleid verwachten ook een betere kwaliteit en transparantie van de zorg. Werkgroep 4 merkt evenwel op dat deze doelstellingen niet volledig worden verwezenlijkt indien abortusverstrekkers nog steeds kunnen worden aangeklaagd op grond van algemene strafrechtelijke misdrijven (zie *infra*) wanneer zij een wettelijke voorwaarde van de abortuswet schenden.<sup>62</sup>

Anderzijds voeren tegenstanders van de afschaffing van abortus-specifieke misdrijven/sancities aan dat die nodig zijn om vrouwen/verstrekkers ervan te weerhouden onrechtmatige abortussen te ondergaan/verrichten. Strafrechtelijke sancities worden door hen ook noodzakelijk geacht om de morele afkeuring van bepaalde abortussen in een land tot uitdrukking te brengen, zelfs wanneer het preventieve effect beperkt zou zijn omdat vrouwen nog steeds abortussen in het buitenland/via illegale wegen zouden kunnen laten uitvoeren. Bij de tegenstanders bestaat de vrees dat de afschaffing van alle abortus-specifieke strafsancities de morele waarde van het embryo/de foetus miskent. Bovendien stellen de tegenstanders dat strafrechtelijke sancities en overtredingen nodig zijn om degenen die de wet overtreden, effectief te bestraffen. Gesteld wordt dat sanctiemechanismen op grond van de gezondheidswetgeving en de deontologie niet dezelfde kracht hebben (in termen van bescherming van het embryo/de foetus) als strafrechtelijke mechanismen. Daarnaast worden de sanctie- en controlemechanismen van de medische beroepsgroep in België door sommigen als relatief zwak en onpraktisch beschouwd. Tot slot betwijfelen tegenstanders of het überhaupt mogelijk is dat een door de federale wetgever ingevoerde wettelijke voorwaarde door de medische beroepsgroep wordt gecontroleerd/gesancioneerd.

<sup>61</sup> Zie ook de argumentatie in het wetsvoorstel tot volledige decriminalisering van abortus in *Parl.St. Kamer*, 2019-20, nr. 55-0158/003, 10.

<sup>62</sup> Zie ook de argumentatie in het wetsvoorstel tot volledige decriminalisering van abortus in *Parl.St. Kamer*, 2019-20, nr. 55-0158/003, 9.

<sup>60</sup> Het Wetenschappelijk Comité gebruikt deze twee termen als synoniemen, hoewel het volgens sommige bronnen mogelijk is om nuances tussen deze termen waar te nemen.

Slechts een beperkt aantal academische studies heeft het effect van wettelijke (de) criminalisering van abortus in bepaalde jurisdicties op de abortuspraktijk in kaart gebracht. Onderzoek uit Canada suggereert dat het abortuscijfer sinds de decriminalisering ervan niet wezenlijk is gestegen, en dat de gemiddelde zwangerschapsduur op het ogenblik van de abortus blijft dalen (Johnson *et al.*, 2020; Shaw en Norman, 2020). Evenzo is sinds de decriminalisering van abortus in de Australische staat Victoria in 2008 het totale aantal abortussen en het aantal abortussen dat na een zwangerschapsduur van 20 WA is verricht om psychosociale redenen, gedaald. Abortussen na 20 WA wegens afwijkingen van de foetus zijn licht gestegen, hoewel deze stijging vermoed wordt verband te houden met het toegenomen belang van prenatale diagnose (Johnson *et al.*, 2020). Werkgroep 4 merkt op dat voorzichtigheid geboden is bij de interpretatie van deze resultaten, aangezien verschillende variabelen verklaren of en wanneer vrouwen een abortus verzoeken. Niettemin lijken de studies voorzichtig te suggereren dat de bezorgdheid over een toename van het aantal abortussen en een ongebreidelde toegang tot abortus op potentieel problematische gronden na een ruime decriminalisering ongegrond is. Volgens werkgroep 4 kan dit mogelijk worden verklaard door de aanwezigheid van andere vormen van regulering. Niet-strafrechtelijke wetgeving en professionele/institutionele richtlijnen en beleid kunnen er immers in slagen (bepaalde) abortussen te beperken, zelfs wanneer er geen strafrechtelijke sancties voor gelden. In feite kunnen ook factoren buiten de wet de effectieve toegang tot abortus beïnvloeden. Volgens gezondheidsprofessionals in Victoria (Australië) heeft de hervorming van de abortuswetgeving (inclusief decriminalisering) in 2008 enerzijds “abortus geherpositioneerd als een gezondheidskwestie in plaats van een juridische kwestie, de macht bij de besluitvorming verschoven van artsen naar vrouwen, en de duidelijkheid en veiligheid voor artsen vergroot” (Keogh *et al.*, 2017). Anderzijds beschrijft de studie echter ook resterende bekommernissen, zoals het beperkte publieke aanbod van chirurgische abortus; verminderde toegang tot abortus na een zwangerschapsduur van 20 weken; aanhoudende stigmatisering; gebrek aan een staatsbrede strategie voor billijke abortushulpverlening; en een onhoudbaar personeelsbestand. Werkgroep 4 merkt op dat formele decriminalisering weliswaar een legitimatie van abortusdiensten oplevert, maar niet onmiddellijk het stigma zal wegnemen dat rust op degenen die zich wenden tot deze diensten of er werken (Hughes, 2017; Sheldon, 2017). Indien de wetgever een ruime decriminalisering van abortus zou overwegen met het oog op destigmatisering en verbetering van de toegang tot abortus, moet ook aandacht worden besteed aan contextuele aspecten zoals de infrastructuur van de gezondheidszorg, financiering, kwaliteit en logistieke organisatie van het aanbod, geografische belemmeringen, opleiding en training van hulpverleners, institutionele beperkingen, sociaal stigma, enz..

Ondanks de relevantie van de literatuur waarin decriminalisering in (vooral *common law*) jurisdicties wordt onderzocht, benadrukken de leden van werkgroep 4 dat België zijn eigen juridische en sociale kenmerken heeft waarmee rekening moet worden gehouden. Bijgevolg wordt de kwestie van een ruime decriminalisering van abortus hier verder onderzocht met het Belgisch rechtssysteem in het achterhoofd.

### 3.4.2.3 Juridische impact van ruime decriminalisering van abortus in België

Zoals eerder gesteld, is de vraag gerezen wat de invloed zou zijn van het schrappen van de specifieke strafsancities uit de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking op de strafrechtelijke en tuchtrechtelijke aansprakelijkheid van personen die een abortus uitvoeren of bekomen buiten de wettelijke voorwaarden. Het Wetenschappelijk Comité benadrukt dat enkel de ruime decriminalisering van *vrijwillige* zwangerschapsafbreking wordt onderzocht. Abortus zonder toestemming van de vrouw is te onderscheiden van vrijwillige abortus en staat ingeschreven als een misdrijf in het Belgische Strafwetboek. Het verwijderen van strafsancities uit de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking heeft dus geen impact op de strafrechtelijke bescherming van vrouwen tegen geweld of dwang.

De volgende secties behandelen uitvoerig de juridische impact van volledige decriminalisering van vrijwillige zwangerschapsafbreking. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen sancties met betrekking tot de arts, derden, en de zwangere persoon.

#### Arts

Het schrappen van de specifieke strafsancities uit de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking sluit sanctionering van de arts niet uit. In de eerste plaats moet worden gedacht aan tuchtrechtelijke sanctioneringsmechanismen. Zo zal het opleggen van tuchtsancities mogelijk zijn op grond van artikel 16 van het koninklijk besluit 79 van 10 november 1967 betreffende de Orde der artsen. Mogelijke tuchtsancities voor artsen betreffen een waarschuwing, censuur, berisping, schorsing in het recht de geneeskunde uit te oefenen gedurende een termijn die twee jaar niet mag te boven gaan en schrapping van de lijst der Orde (artikel 16, eerste lid, KB 79). Werkgroep 4 merkt op dat tucht- en strafrecht allebei sanctioneringsmechanismen omvatten, maar doorgaans een andere aard en finaliteit kennen. De strafvordering beoogt bij wet vastgelegde inbreuken op de maatschappelijke orde te doen bestraffen en wordt uitgeoefend in het belang van de maatschappij. De mate waarin een handeling als maatschappelijk onverdedigbaar wordt beschouwd, bepaalt of een preventieve en repressieve strafregel aan de orde is. Het tuchtrecht of disciplinair recht is groepsgebonden en beoogt loyaal en maatschappelijk verantwoord professioneel gedrag te vrijwaren (Hoet, 2015). De tuchtvordering beoogt in eerste instantie inbreuken op de disciplinaire en deontologische regels van de beroepsgroep te sanctioneren en wordt uitgeoefend in het ruimere belang van de beroepsgroep, de patiënt, en de samenleving. Zij is van toepassing op handelingen die niet noodzakelijk het voorwerp uitmaken van een precieze definitie of rechtsgrond. De werking en implementatie van tuchtrecht is afhankelijk van de wil en organisatie van de beroepsgroep.

Naast tuchtrecht blijft ook het gemeen strafrecht van toepassing op grond waarvan de arts in beginsel zou kunnen worden vervolgd voor het opzettelijk (art. 398 Sw.) of onopzettelijk (art. 420 Sw.) toebrengen van slagen of verwondingen aan de zwangere persoon in geval van gebrek aan voorzichtigheid of voorzorg (Beernaert *et al.*, 2020,



609-696) of wanneer de wettelijke voorwaarden niet werden nageleefd. In het kader van de beoefening van de geneeskunde wordt aangenomen dat het toebrengen van slagen en verwondingen niet wederrechtelijk is wanneer de gedragingen door de wet worden geduld (De Nauw, 2010, 204; Casier, 2014). Wanneer de gedragingen niet geduld worden door de wet, kunnen toegebrachte slagen en verwondingen aan een persoon wel worden gekwalificeerd als misdrijf. De toestemming van het slachtoffer inzake het toebrengen van opzettelijke slagen en verwondingen neemt noch het wederrechtelijk karakter van de feiten, noch de schuld van de dader weg en vormt geen rechtvaardigingsgrond (Cass. 6 december 2005, nr. AR P.05.0576.N, Arr.Cass. 2005, 2429, nr. 3.1) (Swennen, 1997, 8; Dierickx, 2006, 119).

Bij een vrijwillige zwangerschapsafbreking zal wellicht geen sprake zijn van een slag, maar mogelijk wel van een verwonding, waaraan een zeer ruime omschrijving wordt gegeven (zie onder meer Beernaert *et al.*, 2020, 333-340). Alternatief kan de handeling ook worden gekwalificeerd als feitelijkheid of lichte gewelddaad in de zin van artikel 563, 3° Strafwet. Hiervan is sprake bij ieder feit, anders dan een slag, dat door contact de fysieke integriteit van een persoon aantast zonder deze te verwonden (Meganck, 2013, O160/29).<sup>63</sup> Het lijkt waarschijnlijk dat de arts – minstens in theorie – strafrechtelijk kan worden vervolgd voor een misdrijf wanneer die de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking niet respecteert. Een aantal uitspraken in de parlementaire, voorbereidende werken<sup>64</sup> en ook de Raad van State bevestigen deze opvatting (Advies RvS van 24 februari 2020 nr. 66.881/AV, *Parl.St.* Kamer 2019-20, nr. 55-0158/10, 14). Volgens werkgroep 4 betekent dit dat een volledige decriminalisering van de arts in de realiteit niet mogelijk blijkt wanneer wettelijke voorwaarden op abortus worden behouden. Het verwijderen van specifieke strafsancities uit de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking leidt dus niet automatisch tot strafrechtelijke immuniteit voor de arts.

Het misdrijf opzettelijke slagen en verwondingen met voorbedachten rade kent een gelijkaardige strafmaat als die van onwettige zwangerschapsafbreking in de huidige wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking.<sup>65</sup> Indien er louter sprake zou zijn van een feitelijkheid of lichte gewelddaad, is de strafmaat beduidend lager.

Hoewel theoretisch mogelijk, verdient het terugvallen op gemeenrechtelijke misdrijven ter bestraffing van een uitvoerder van een vrijwillige abortus volgens het Wetenschappelijk Comité, in navolging van werkgroep 4, geen aanbeveling. Er

<sup>63</sup> Werkgroep 4 merkt op dat in het geval van medicamenteuze zwangerschapsafbreking een mogelijke toepassing van het misdrijf van het toedienen van gevaarlijke stoffen (artikel 402 Sw.) eveneens denkbaar is. Strafbaar is de persoon die bij een ander een ziekte of ongeschiktheid tot het verrichten van persoonlijke arbeid veroorzaakt door het toedienen van stoffen die de dood teweeg kunnen brengen of de gezondheid zwaar kunnen schaden, zonder het oogmerk om te doden. Medicamenteuze zwangerschap gaat doorgaans gepaard met een aantal nevenwerkingen, waarvan de feitenrechter steeds *in concreto* zal beoordelen of er sprake is van een ziekte of arbeidsongeschiktheid ten gevolge van het toedienen van de medicatie.

<sup>64</sup> *Parl.St.* Kamer 2019-20, nr. 55-0158/4, p. 53 waarin wordt vermeld dat het gemeen strafrecht van toepassing is "indien een arts bij een medische ingreep als zwangerschapsafbreking de bij wet bepaalde voorschriften niet naleeft"; zie ook p. 62 van dit verslag. Zie echter de tussenkomst van de heer Verherstraeten (CD&V) op p. 63-64.

<sup>65</sup> Vergelijk de sancties in huidig artikel 3, eerste lid wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking met de sancties voorzien in art. 398 Strafwetboek. In geval van voorbedachte rade (art. 398, tweede lid Sw.) geldt dezelfde maximale gevangenisstraf als in huidig artikel 3, eerste lid wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking.

moet immers aandacht worden besteed aan de *ratio legis* van deze misdrijven, die in eerste instantie de bescherming van het slachtoffer en diens lichamelijke integriteit nastreven. Werkgroep 4 oordeelt dat, indien de wetgever het noodzakelijk en gerechtvaardigd acht om tevens een maatschappelijke bescherming van de foetus na te streven (bv. bij abortus na een bepaalde termijn), het behouden van abortus-specifieke strafsancities in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking de voorkeur krijgt. Volgens het Wetenschappelijk Comité en werkgroep 4 dragen specifieke strafsancities bij tot de rechtszekerheid en hebben zij het voordeel dat ze op maat kunnen worden ontwikkeld, in tegenstelling tot de situatie waarbij moet worden teruggevallen op een algemeen misdrijf dat in zijn aard minder aansluit bij de materie die men wenst te bestraffen. Waar de wetgever een versoepeling van de huidige normen of sancties voor artsen betrokken bij abortus nodig acht, verdient het aanbeveling om de wettelijke voorwaarden te herzien of te verwijderen.

Werkgroep 4 stelt verder vast dat bepaalde voorwaarden nauwer aansluiten bij een maatschappelijk belang in de bescherming van de foetus en dus bij een strafrechtelijk kader, zoals een termijn en inhoudelijke voorwaarden voor rechtmatige late zwangerschapsafbreking. Sommige wettelijke voorwaarden zijn eerder gericht op de arts-patiëntrelatie, kwaliteit van zorg, en besluitvorming, zoals de verplichte informatie of uitvoering in medisch verantwoorde omstandigheden. Werkgroep 4 is van oordeel dat een aantal van deze patiënt-beschermende principes gebaat kan zijn met een gezondheidsrechtelijke aanpak. Sommige principes worden nu al gewaarborgd in het gezondheidsrecht en worden expliciet van toepassing op vrijwillige zwangerschapsafbreking indien de praktijk wordt gekwalificeerd als gezondheidszorg. De Wet Patiëntenrechten bevat evenmin specifieke strafsancities, maar gaat uit van professionele handhaving en controle. Schending van deze wet kan in sommige gevallen echter ook aanleiding geven tot een gemeenrechtelijk misdrijf zoals slagen en verwondingen, waardoor ook bij het terugvallen op die wet de optie tot strafrechtelijke sanctionering overeind blijft.

#### Derden, andere dan de arts

Enkel de arts mag de vrijwillige zwangerschapsafbreking verrichten<sup>66</sup> volgens art. 2 van de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, en dit onder medisch verantwoorde omstandigheden in een instelling voor gezondheidszorg. Indien alle specifieke strafsancities zouden worden verwijderd uit de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking rijst de vraag of een **niet-arts** nog strafrechtelijk vervolgd kan worden na het verrichten van een vrijwillige zwangerschapsafbreking (binnen of buiten de wettelijke voorwaarden).

De niet-arts die een vrijwillige zwangerschapsafbreking verricht, kan in principe worden vervolgd voor dezelfde **gemeenrechtelijke misdrijven** waarvoor de arts kan worden vervolgd (supra). De redenering met betrekking tot slagen en verwon-

<sup>66</sup> De wetgever heeft niet verduidelijkt wat bedoeld wordt met het 'verrichten van de zwangerschapsafbreking'. Dit leidt vooral met betrekking tot de medicamenteuze zwangerschapsafbreking tot rechtsonzekerheid.

dingen, de feitelijkheid of lichte gewelddaad kunnen hier naar analogie worden toegepast. De ingreep gebeurt immers niet in het kader van de geneeskunde en met miskenning van minstens één van de voorwaarden van de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, met name de vereiste van uitvoering door een arts. Niettemin wordt, indien de piste van ruime decriminalisering door de wetgever verkozen wordt, door verschillende leden van werkgroep 4 en het Wetenschappelijk Comité een voorkeur gegeven aan het behoud van een specifieke strafsanctie voor de uitvoering van abortus door een niet-gekwalificeerde persoon (zie ook hoofdstuk 7.3 aangaande de kwalificaties van abortusverstrekkers).

Werkgroep 4 wijst ten slotte nog op strafsancties voor de “onwettige uitoefening van de geneeskunde” in de Gezondheidszorgberoepenwet. Die wet bestraft personen voor het gewoonlijk uitvoeren van geneeskundige handelingen zonder daarvoor het wettelijk diploma van doctor in de genees-, heel- en verloskunde te bezitten (artikel 3, §1, eerste en tweede lid Gezondheidszorgberoepenwet; artikel 122 Gezondheidszorgberoepenwet), doch lijkt volgens werkgroep 4 voornamelijk betrekking te hebben op (be)handelingen met betrekking tot een pathologische toestand.<sup>67</sup> Het Wetenschappelijk Comité suggereert om het toepassingsgebied van deze bepaling en de mogelijke relevantie voor vrijwillige zwangerschapsafbreking te evalueren wanneer het de sanctionering van uitvoerders van abortus overweegt.

#### De zwangere persoon

De wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking bevat een strafsanctie voor de vrouw die opzettelijk een vruchtafdrijving laat verrichten buiten de wettelijke voorwaarden. Bij schrapping van deze specifieke strafsanctie wordt strafbaarstelling van de zwangere persoon in beginsel uitgesloten, ook bij het uitvoeren van een vrijwillige zwangerschapsafbreking buiten de voorwaarden van de wet. Niettemin rijst ook hier de vraag naar de toepassing van het gemeen strafrecht op de zwangere persoon. De rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens lijkt uit te sluiten dat het slachtoffer van slagen en verwondingen door middel van diens toestemming kan worden beschouwd als deelnemer aan het misdrijf (EHRM 17 februari 2005, nrs. 42758/98 en 45558/99, *K.A. en A.D. v. België*). Indien de wetgever de zwangere persoon die een zwangerschapsafbreking laat verrichten in alle zekerheid en volledigheid wenst te decriminaliseren, ook onder het gemeen strafrecht, bestaat een mogelijkheid om strafbaarstelling en vervolging expliciet uit te sluiten in de wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking. Naar analogie zou deze expliciete uitsluiting ook kunnen worden uitgebreid naar de vrouw die zelfstandig haar zwangerschap afbreekt.<sup>68</sup> Een dergelijke expliciete decriminalisering van de zwangere persoon krijgt de voorkeur van en wordt aanbevolen door het Wetenschappelijk Comité.

<sup>67</sup> Zie ook de aanvulling met betrekking tot esthetische ingrepen in artikel 3, §1, vierde lid Gezondheidszorgberoepenwet.

<sup>68</sup> Vergelijk ook met de Franse abortuswetgeving, waar artikel L2222-4 Code de la Santé Publique in verband met de bestraffing van het verschaffen van middelen aan een zwangere persoon om op zichzelf een zwangerschapsafbreking uit te voeren, uitdrukkelijk bepaalt dat de zwangere persoon zelf niet als medeplichtig mag worden beschouwd.

#### 3.4.2.4 Positie van het Wetenschappelijk Comité aangaande de decriminalisering van vrijwillige abortus en het behoud van strafsancties

Het Wetenschappelijk Comité, dat blijk geeft van begrip voor de moeilijke situaties waarin deze vrouwen zich vaak bevinden, beveelt aan om het verkrijgen of zelf uitvoeren door zwangere vrouwen van zwangerschapsafbreking in strijd met de wet uitdrukkelijk te decriminaliseren. Om aan te sluiten bij een groeiende mensenrechtenconsensus, en ongeacht het ontbreken van juridische precedenten waarbij vrouwen gestraft worden na abortus in België, acht dit Comité de theoretische mogelijkheid om vrouwen op te sluiten of te beboeten voor een abortus in strijd met één of meerdere voorwaarden van de wet ongepast.

Daarentegen beschouwt het Wetenschappelijk Comité het als een plicht van de zorgverleners om ervoor te zorgen dat de voorwaarden van de wet worden gerespecteerd en dat vrouwen in nood worden geïnformeerd over hun mogelijkheden. Met betrekking tot deze abortusverstrekkers die, zoals bij alle handelingen die ze stellen in de gezondheidszorg, verantwoordelijk zijn voor de goede uitvoering van die handelingen, beveelt het Wetenschappelijk Comité aan in de Wet VZA de voorkeur te geven aan abortus-specifieke sancties boven de toepassing van algemene misdrijven voor abortusverstrekkers die de voorwaarden van de wet zouden overtreden. Volgens het Wetenschappelijk Comité dragen specifieke strafsancties bij tot de rechtszekerheid en hebben zij het voordeel dat ze op maat kunnen worden ontwikkeld. Waar de wetgever een versoepeling van de huidige normen voor verstrekkers van abortus nodig acht, is het aangewezen om de wettelijke voorwaarden te versoepelen of op te heffen, eerder dan louter de daaraan gelinkte strafsanctie op te heffen. Een diversificatie van de strafrechtelijke sancties kan worden overwogen, afhankelijk van de aard van de overtreding.

### 3.4.3 Grondwettelijke verankering van het recht op abortus

Met oog op het brengen van enkele verhelderingen in het debat rond een mogelijke grondwettelijke verankering van het recht op abortus, worden in de volgende secties de vooropgestelde doelstellingen van dergelijke verankering, alsook de juridisch-technische opties ter implementatie ervan, besproken.

#### 3.4.3.1 Achtergrond en vooropgestelde doelstellingen van een grondwettelijke verankering van het recht op abortus

De vraag naar een grondwettelijke verankering van abortus in België is gelinkt aan internationale gebeurtenissen. Het Amerikaanse Hooggerechtshof verwierp in juni 2022 een lezing van de Amerikaanse grondwet die abortus als grondrecht beschouwd – in tegenspraak tot wat decennia eerder gesteld werd door datzelfde Hof in *Roe v. Wade* en bevestigd in *Casey v. Planned Parenthood*. In de beslissing verwees het Hooggerechtshof de regeling van abortus terug naar de statelijke politiek (Supreme Court of the United States, *Dobbs v. Jackson Women’s Health Organization*, no. 19–1392, 24 juni 2022).

Verschillende experts linken de uitspraak aan de politiek-conservatieve tendensen en achtergrond van de meerderheid van de rechters in het Amerikaanse Hooggerechtshof op het moment van de uitspraak. In Europa bestaat eveneens een bezorgdheid over politieke initiatieven en de globale toename van (financiering van) antigender- en anti-abortus organisaties die het abortusrecht onder druk zetten.<sup>69</sup> Ter voorkoming van mogelijke beperkingen op het recht op abortus in België in de toekomst, riepen enkele Belgische politici op om een sterkere bescherming van het recht op abortus te verankeren door middel van een expliciete grondwettelijke verankering.<sup>70</sup> Een erkenning als grondrecht dient om de fundamentele aard en het maatschappelijke belang van het desbetreffende recht te onderstrepen. Immers vereist wijziging van de grondwet, anders dan van een gewone wet, een gekwalificeerde 2/3e meerderheid. Het Wetenschappelijk Comité verzet zich niet tegen een grondwettelijke verankering van het recht op abortus, doch wenst te wijzen op enkele juridisch-technische uitdagingen en implicaties die zich stellen in dit verband.

#### 3.4.3.2 Juridisch-technische pistes voor een grondwettelijk recht op abortus

Enkele experts en politici hebben voorgesteld om het recht op abortus explicieter te benoemen als een recht dat vervat zit in het recht op privéleven (art. 22 Gw.). Daarnaast is ook de mogelijkheid opgeworpen om een recht op abortus te linken aan het recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand (zoals vermeld onder het recht op een menswaardig leven) (art. 23, 2° Gw.). Het Wetenschappelijk Comité bespreekt deze voornaamste twee pistes en hun eigenschappen, al sluit het niet uit dat er andere geschikte pistes voorhanden zijn om het recht op abortus grondwettelijk te verankeren.

Vrijwillige zwangerschapsafbreking en het recht op eerbiediging van het privéleven

Hoewel het recht op abortus niet rechtstreeks vermeld wordt door de Grondwet, erkende het Grondwettelijk Hof reeds, verwijzend naar de rechtspraak van het EHRM, dat de materie raakt aan het privéleven van de zwangere vrouw, haar zelfbeschikkingsrecht in het bijzonder (art. 22 Gw.) (GwH nr. 122/2020, B.27.1.-3.). Sommige grondwetsspecialisten benadrukken dat het recht op abortus aldus reeds beschermd is onder artikel 22 Gw., samen gelezen met artikel 8 EVRM. Recent stelde de Raad van State dat uit de rechtspraak van het EHRM valt af te leiden dat “het recht op eerbiediging van het privéleven (...) impliceert dat elke vrouw het recht heeft op eerbiediging van haar beslissing om al dan niet moeder te worden en dat haar beslissing om al dan niet haar zwangerschap af te breken behoort tot de sfeer van het privéleven en de persoonlijke autonomie.” (advies nr. 66.881/AV/AG). Een inmenging in dit recht (bv. door abortuswetgeving) zal steeds moeten voldoen aan de wettelijke vereisten van onder meer legitimiteit en noodzakelijkheid in een democratische samenleving (artikel 8, 2 EVRM).<sup>71</sup> Niettemin merkt het Wetenschappelijk Comité op dat er veel juridische onzekerheid blijft bestaan over het bestaan van een principieel en effectief ‘recht op abortus’ en de draagwijdte van toegelaten inmenging onder artikel 8 EVRM. Deze ambiguïteit is mogelijk ook aanwezig in artikel 22 Gw., waaraan een gelijkaardige draagwijdte wordt verleend.

Een expliciete vermelding van een recht op abortus in de Grondwet zou volgens het Wetenschappelijk Comité het recht sterker kunnen verankeren en de ruimte voor interpretatie verkleinen. Echter zal de formulering van het grondrecht mee bepalend zijn voor het niveau van rechtszekerheid en bescherming dat ermee gepaard gaat.

Omwille van de rechtspraak van het EHRM biedt artikel 22 Gw. volgens het Wetenschappelijk Comité een logisch aanknooppunt voor een meer expliciete vermelding van een grondrecht op abortus.

Artikel 22 Gw. luidt: *“Ieder heeft recht op eerbiediging van zijn privéleven en zijn gezinsleven, behoudens in de gevallen en onder de voorwaarden door de wet bepaald. De wet, het decreet of de in artikel 134 bedoelde regel waarborgen de bescherming van dat recht.”*

Eenzijds kan het grondwettelijk recht op abortus expliciet en zonder nadere details geformuleerd worden.

Vb.: [artikel 22 Gw.] omvat het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking.

Het Wetenschappelijk Comité verwijst naar een gelijkaardig voorstel in Frankrijk dat recent door l'Assemblée Nationale werd goedgekeurd, hoewel het voorstel momenteel nog hangende is in de Senaat (Hennette-Vauchez *et al.*, 2022; Mesnil, 2022).<sup>72</sup> Dit voorstel wijst tevens op een “effectieve en gelijke” toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking.

<sup>69</sup> De Standaard, ‘Meerderheid is gewonnen voor opname abortus in Belgische Grondwet’, 26 juni 2022, beschikbaar op [https://www.standaard.be/cnt/dmf20220626\\_97160881](https://www.standaard.be/cnt/dmf20220626_97160881); Frankrijk: Le Monde, ‘Droit à l'IVG dans la Constitution : que contiennent les trois propositions de loi débattues à l'automne ?’, 19 oktober 2022, beschikbaar op [https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/10/19/droit-a-l-ivg-dans-la-constitution-que-contiennent-les-trois-propositions-de-loi-debattues-a-l-automne\\_6146540\\_3224.html](https://www.lemonde.fr/societe/article/2022/10/19/droit-a-l-ivg-dans-la-constitution-que-contiennent-les-trois-propositions-de-loi-debattues-a-l-automne_6146540_3224.html); California (VS): ABC News, ‘California to vote on constitutional right to abortion’, 14 oktober 2022, beschikbaar op <https://abcnews.go.com/Health/wireStory/california-vote-constitutional-abortion-91517128>; De Morgen, ‘Ook in Europa ligt abortus onder vuur’: Europarlementsleden willen recht op abortus in grondwet, 7 juli 2022, beschikbaar op <https://www.demorgen.be/snelnieuws/ook-in-europa-ligt-abortus-onder-vuur-europarlementsleden-willen-recht-op-abortus-in-grondwet-b87fac0e/>. See European Parliament resolution of 9 June 2022 on global threats to abortion rights: the possible overturning of abortion rights in the US by the Supreme Court (2022/2665(RSP)), beschikbaar op [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0243\\_EN.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2022-0243_EN.html).

<sup>70</sup> Zie C. Hugon, K. Calvo, S. de Laveleye, E. Platteau, ‘Voorstel tot herziening van artikel 22 van de Grondwet met het oog op de erkenning van het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking’/ Proposition de révision de l'article 22 de la Constitution en vue de reconnaître le droit à l'interruption volontaire de grossesse, 28 juni 2022, doc 55 2832/001; De Tijd, ‘Moet recht op abortus even gewaarborgd zijn als op vrije meningsuiting?’, 28 juni 2022, beschikbaar op <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal-moet-recht-op-abortus-even-gewaarborgd-zijn-als-vrije-meningsuiting/10398572.html>.

<sup>71</sup> Vergelijk bijvoorbeeld uiteenlopende lezingen van de rechtspraak van het EHRM door Europese experts: ‘BRIEF OF EUROPEAN LEGAL SCHOLARS AS AMICI CURIAE IN SUPPORT OF NEITHER PARTY’, Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Supreme Court of the United States, beschikbaar via: [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185153/20210728162714090\\_European%20Legal%20Scholars%20Amici%20Brief.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185153/20210728162714090_European%20Legal%20Scholars%20Amici%20Brief.pdf) versus ‘BRIEF OF EUROPEAN LAW PROFESSORS AS AMICI CURIAE IN SUPPORT OF RESPONDENTS’, Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Supreme Court of the United States, beschikbaar via: [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/193093/20210920192331848\\_Brief%20of%20Amici%20Curiae%20European%20Law%20Professors%200iso%20Respondents.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/193093/20210920192331848_Brief%20of%20Amici%20Curiae%20European%20Law%20Professors%200iso%20Respondents.pdf); ‘BRIEF OF THE EUROPEAN CENTRE FOR LAW AND JUSTICE IN SUPPORT OF PETITIONERS’, Amicus Brief in Dobbs v. Jackson, Supreme Court of the United States, beschikbaar via: [https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185175/20210729084523486\\_ACLJ%20Amicus%20Dobbs%20v.%20JWHO%207.29.21%20FINAL%20TO%20FILE.pdf](https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/19/19-1392/185175/20210729084523486_ACLJ%20Amicus%20Dobbs%20v.%20JWHO%207.29.21%20FINAL%20TO%20FILE.pdf).

<sup>72</sup> Voortgang van dit voorstel kan gevolgd worden via <http://www.senat.fr/dossier-legislatif/pll22-143.html>.

Afhankelijk van de doelstellingen van de grondwetgever, kan de bepaling daarenboven ook gelijkaardige thema's includeren, zoals bv. het recht op contraceptie. Ook kan geopteerd worden voor een ruimere formulering van het grondrecht, bv. door verwijzing naar het recht op seksuele en/of reproductieve gezondheid/keuzes/vrijheid/autonomie, ... Een voorbeeld is terug te vinden in de Zuid-Afrikaanse Grondwet:

“Everyone has the right to bodily and psychological integrity, which includes the right ... to make decisions concerning reproduction”.

Het Wetenschappelijk Comité verwijst ter inspiratie ook naar de onderstaande bepalingen, die werden verankerd in Amerikaanse statelijke grondwetten na de intrekking van het federaal grondrecht op abortus. Deze staten hanteren uiteenlopende formuleringen van een grondrecht op abortus.

Vb. 1 Michigan: “Every individual has a fundamental right to reproductive freedom, which entails the right to make and effectuate decisions about all matters relating to pregnancy, including but not limited to prenatal care, childbirth, postpartum care, contraception, sterilization, abortion care, miscarriage management, and infertility care. An individual's right to reproductive freedom shall not be denied, burdened, nor infringed upon unless justified by a compelling state interest achieved by the least restrictive means. Notwithstanding the above, the state may regulate the provision of abortion care after fetal viability, provided that in no circumstance shall the state prohibit an abortion that, in the professional judgment of an attending health care professional, is medically indicated to protect the life or physical or mental health of the pregnant individual. (...)”<sup>73</sup>

Vb. 2 California: “The state shall not deny or interfere with an individual's reproductive freedom in their most intimate decisions, which includes their fundamental right to choose to have an abortion and their fundamental right to choose or refuse contraceptives. This section is intended to further the constitutional right to privacy guaranteed by Section 1, and the constitutional right to not be denied equal protection guaranteed by Section 7. Nothing herein narrows or limits the right to privacy or equal protection.”<sup>74</sup>

Vb. 3 Vermont: “That an individual's right to personal reproductive autonomy is central to the liberty and dignity to determine one's own life course and shall not be denied or infringed unless justified by a compelling State interest achieved by the least restrictive means”.<sup>75</sup>

<sup>73</sup> Volledige tekst (voorstel 22-3) beschikbaar via: <https://www.michigan.gov/sos/elections/upcoming-election-information/voters/candidatesproposals>.

<sup>74</sup> Volledige tekst beschikbaar via: [https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill\\_id=202120220SCA10](https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=202120220SCA10).

<sup>75</sup> Volledige tekst beschikbaar via: <https://legislature.vermont.gov/Documents/2022/Docs/BILLS/PR0005/PR0005%20As%20adopted%20by%20the%20Senate%20Official.pdf>.

De meeste Belgische grondrechten kennen een redelijk algemene formulering, waarbij de concrete invulling hoofdzakelijk gebeurt door de wetgever (zie ook artikel 22, 2e lid Gw.). Een voordeel van het verankeren in de Grondwet van een algemeen grondrecht op abortus is dat het het totaal afschaffen van abortus door een toekomstige wetgever zal bemoeilijken. Een nadeel van een algemene formulering is dat het geen inzicht geeft in welke (wettelijke) beperkingen op abortus al dan niet grondwettelijk toegelaten zouden worden. Bovendien bestaat de vrees bij sommigen dat een niet gepreciseerd grondrecht een goedkeuring kan inhouden van wetgeving die abortus ongeacht het stadium van de zwangerschap zou toelaten.<sup>76</sup> De rechtspraak van het EHRM verleent verder weinig concrete handvaten op dit vlak doordat het terugvalt op een brede beoordelingsmarge voor staten op het gebied van abortus. Indien een verstrengde abortuswetgeving door een toekomstige wetgever zou worden aangenomen en vervolgens aangevochten, zal de rechter zich moeten uitspreken over de overeenstemming van die wettelijke restricties met de grondwettelijke bepaling. Hierdoor zouden belangrijke vraagstukken over de maximumtermijn en andere grondvoorwaarden voor abortus bij de rechterlijke macht terecht komen (cf. rechtspraak Hoogerechtshof Verenigde Staten). Dit is nu ook het geval, wanneer het Grondwettelijk Hof zou worden gevraagd te oordelen of een wettelijke regeling van abortus in overeenstemming is met artikel 22 Gw.. Volgens grondwetspecialisten is het mogelijk dat het Belgisch Grondwettelijk Hof minder terughoudend zou zijn dan het EHRM om verregaande beperkingen op abortus in strijd te achten met een grondwettelijk ‘recht op abortus’. Echter blijft dit onzeker.

De grondwet kan ook specifiekere zijn en de grondvoorwaarden voor abortus, zoals termijn of andere grondvoorwaarden, opnemen in het artikel. Losstaande van de politieke tweederdemeerderheid die met betrekking tot deze vraagstukken moet worden bereikt, merkt het Wetenschappelijk Comité op dat deze optie de grondvoorwaarden op abortus meer in steen beitelt, waardoor een eventuele herziening n.a.v. gewijzigde maatschappelijke en medische evoluties in de toekomst (zowel wetsverstrenging als wetsversoepeling) bemoeilijkt wordt. Indien het de bedoeling is van de wetgever om het huidige wettelijke beschermingsniveau van abortus sterker te waarborgen voor de toekomst, kan een expliciete *standstill*-verplichting gekoppeld worden aan het grondrecht. Dit zou een verbod inhouden op het substantieel reduceren van het huidige beschermingsniveau van het recht op abortus.

<sup>76</sup> Zie bv. discussie over een grondwetswijziging in California: NPR, “Abortion is on the California ballot. But does that mean at any point in pregnancy?”, 24 October 2022, beschikbaar op <https://www.npr.org/sections/health-shots/2022/10/24/1129112123/abortion-is-on-the-california-ballot-but-does-that-mean-at-any-point-in-pregnancy>; Allison Macbeth & Elizabeth Bernal (SCOCA Blog), “Fix the fatal flaw in SCA 10”, beschikbaar op <http://scocablog.com/fix-the-fatal-flaw-in-sca-10/>.

Vrijwillige zwangerschapsafbreking en het recht op het leiden van een menswaardig leven, waaronder het recht op bescherming van de gezondheid en geneeskundige bijstand (art. 23, 2° Gw.)

Artikel 23 Gw. waarborgt het recht om een menswaardig leven te leiden. Het vernoemt enkele rechten die daaronder ressorteren (artikel 23, 1°-6° Gw.), met name het recht op arbeid, het recht op sociale zekerheid, bescherming van de gezondheid en sociale, geneeskundige en juridische bijstand, het recht op een behoorlijke huisvesting, het recht op de bescherming van een gezond leefmilieu, het recht op culturele en maatschappelijke ontplooiing, en het recht op gezinsbijslagen. Abortus raakt, naast aan het privéleven, ook aan de menswaardigheid van het leven van de zwangere persoon, haar welzijn, en haar morele en materiële zelfontplooiing in de maatschappij.<sup>77</sup> Een expliciete benoeming van een grondrecht op abortus onder artikel 23 Gw. lijkt aldus onderbouwd. Bovendien laat de numerieke opsommingsstijl van artikel 23 Gw. toe om meer specifieke rechten te gaan benoemen. Het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking (of een ruimer geformuleerd recht, bv.: “reproductieve rechten”) zou bijvoorbeeld als additioneel voorbeeld kunnen worden toegevoegd aan de rechten opgesomd in artikel 23, 1°-6° Gw..

De sociaaleconomische en culturele grondrechten onder artikel 23 Gw. houden reeds een *standstill* verplichting in, wat inhoudt dat de wetgever het beschermingsniveau van de toepasselijke wetgeving niet mag reduceren zonder dat daarvoor redenen zijn die verband houden met het algemeen belang.<sup>78</sup> Deze piste heeft als voordelen dat een democratisch verkozen parlement de modaliteiten van de abortusregeling kan wijzigen, doch niet met gemak verstrengen. Het dient, niettemin, vermeld te worden dat artikel 23 Gw. in beginsel geen rechtstreekse werking kent voor rechtssubjecten. Het sluit in die zin minder aan bij een perspectief dat uitgaat van een autonoom positief recht van de abortusverzoeker op zwangerschapsafbreking. Het beginsel van de niet-directe werking is echter niet absoluut (Velaers, 2019). Ten slotte wijzen grondwetspecialisten erop dat, indien een recht op abortus in artikel 23 Gw. zou worden verankerd, het subjectieve recht van vrouwen nog steeds via artikel 22 Gw. kan worden gemobiliseerd, zoals thans gebeurt. De verankering van het recht op vrijwillige abortus in artikel 23 Gw. zou de concrete tenuitvoerlegging van dit recht echter beter kunnen waarborgen (bv. door niet toe te staan dat de financiering van abortuscentra en centra voor gezinsplanning wordt ingetrokken, door ervoor te zorgen dat een aantal artsen in deze praktijk wordt opgeleid, enz.) ...

### 3.4.3.3 Positie van het Wetenschappelijk Comité aangaande een grondwettelijke verankering van abortus

Het Wetenschappelijk Comité stelt vast dat de bescherming van de toegang tot abortus onder het huidige recht op eerbiediging van het privéleven in artikel 22 Gw. reeds aanwezig lijkt, doch eerder onzeker is naar draagwijdte. Artikel 22 Gw. verwijst terug naar de wetgever, die invulling geeft aan dit recht en de uitzonderingen daarop bepaalt. De uiteindelijke overeenstemming van abortuswetgeving met een grondwettelijk recht op eerbiediging van het privéleven van de vrouw zal afhangen van een grondwettelijke toets door het Grondwettelijk Hof. Het Wetenschappelijk Comité acht een explicietere vermelding van het recht op abortus in de Grondwet mogelijk, doch waarschuwt dat, afhankelijk van de gekozen formulering, dat recht nog steeds in meerdere of mindere mate onderhevig kan zijn aan juridische en politieke inmenging. Het beveelt aan om, ongeacht een potentiële grondwettelijke verankering van het recht op abortus, een maatschappelijk debat te behouden over en waakzaam te blijven voor ontwikkelingen in de context van reproductieve en seksuele rechten.

<sup>77</sup> Betekenis gegeven aan het ‘recht op menswaardig leven’ in *Parl.St.* Senaat, BZ 1991-1992, 100-2/3°, 15.

<sup>78</sup> Verbod voor de wetgever om “maatregelen aan te nemen die een aanzienlijke achteruitgang zouden betekenen (...) maar zij ontzegt hun niet de bevoegdheid om te oordelen hoe dat recht op de meest adequate wijze zou worden gewaarborgd”. Arbitragehof 27 november 2022, nr. 169/2002. Zie ook de algemene erkenning van het *standstill* beginsel voor alle rechten onder artikel 23 in GwH nr. 62/2016, 28 april 2016, B.6.2. en Toelichting, *Parl.St.* BZ 1991-1992, 100-2/3°, 13.

## 4. Analyse van ethische principes en beleidsargumenten in abortusdebatten

### 4.1 Fundamentele ethische principes en uitdagingen in abortusdebatten

#### 4.1.1 Autonomie, gelijkheid, burgerschap en reproductieve rechtvaardigheid

Verskillende leden van de werkgroepen hebben gewezen op het belang van autonomie, gelijkheid, burgerschap en reproductieve rechtvaardigheid als basisprincipes in abortusdebatten. Het is door de lens van onder meer deze principes, die vaak centraal staan binnen feministische bewegingen, dat werkgroepleden de hedendaagse vraagstukken in abortusdebatten hebben onderzocht.

**Benaderingen van abortus vanuit het autonomiebeginsel** stellen de lichamelijke autonomie van vrouwen en hun vrijheid om keuzes te maken met betrekking tot hun reproductieve leven centraal. Dit verwijst naar de bevoegdheid om te beslissen of en wanneer ze kinderen krijgen, met weinig of geen inmenging van de staat of anderen.

De noodzaak om de autonomie van de vrouw te respecteren bij het nemen van beslissingen over een eventuele zwangerschapsafbreking is een terugkerend thema in de vragen die aan het Wetenschappelijk Comité werden voorgelegd. Er blijken echter verschillende standpunten te bestaan over de vraag hoe dit principe optimaal kan worden nageleefd en het principe wordt vaak ingeroepen om zowel voor als tegen bepaalde maatregelen te pleiten. Hier worden enkele voorbeelden ter illustratie aangehaald.

Wat de verplichte informatie betreft: de vereiste om vrouwen te informeren over alternatieven, vooral dan het alternatief om de zwangerschap uit te dragen en het kind ter adoptie af te staan, wordt soms gerechtvaardigd op grond van de veronderstelling dat dit de reproductieve autonomie zou vergroten, door geen van de mogelijke opties te verwaarlozen. Deze vereiste werd echter ook beschouwd als een belemmering van de reproductieve autonomie, aangezien vrouwen dit kunnen opvatten als een impliciete boodschap dat abortus een meer problematische optie is dan deze alternatieven, waardoor zij onder druk komen te staan om voor die laatste optie te kiezen (en zich bovendien beoordeeld voelen).

Wat de verplichte wachttijd betreft: deze vereiste wordt soms gerechtvaardigd met het argument dat de beslissing tot zwangerschapsafbreking op een zeer emotioneel moment wordt genomen, wat een weloverwogen, autonome besluitvorming kan ondermijnen. De wachttijd wordt dan opgevat als steun voor reproductieve autonomie. De wachttijd wordt echter ook beschouwd als een veronachtzaming van de

beslissing van de vrouw en het opdringen van het langer dan nodig dragen van een ongewenste zwangerschap, en dus als een inbreuk op de reproductieve autonomie.

Wat de druk betreft die in het algemeen op de keuze voor abortus kan wegen: sommige vragen gaan uit van de veronderstelling dat (kwetsbare) vrouwen soms onder druk worden gezet om abortus te ondergaan – wat extra controles en belemmeringen op de weg naar abortus zou rechtvaardigen. Andere zijn gebaseerd op de veronderstelling dat (kwetsbare) vrouwen vaak onder druk worden gezet om geen abortus te ondergaan – wat het wegnemen van controles en belemmeringen zou rechtvaardigen.

Het lijkt erop dat rigide procedurele maatregelen, hoewel zij constructief kunnen zijn voor sommige vrouwen, nefast zijn voor velen en niet noodzakelijkerwijs de meest kwetsbare vrouwen beschermen. In dit rapport streeft het Wetenschappelijk Comité naar een evenwicht dat vrouwen maximaal helpt en ondersteunt, zonder hen te benadelen. Wanneer het begrip (respect voor) autonomie gebruikt wordt, gebruikt het Comité dit in de algemene zin van het woord, zonder vooraf vast te leggen hoe het begrip door de verschillende actoren in het debat wordt gebruikt.

Benaderingen van abortus vanuit **gelijkheids- en burgerschapsbeginselen** verwijzen daarnaast naar het standpunt dat “vrouwen in staat moeten worden gesteld om op gelijke voet met mannen volledig deel te nemen aan de publieke samenleving en, op het eerste gezicht, is controle over de eigen vruchtbaarheid een fundamentele voorwaarde voor een dergelijke volledige deelname (Siegel, 2007; Marques-Pereira, 2021). Een dergelijke benadering houdt in dat rechtbanken en wetgevers ervoor moeten zorgen dat beperkingen op het nemen van reproductieve beslissingen geen genderstereotypen over de capaciteiten van vrouwen of van hun seksuele en familiale rollen weerspiegelen of afdwingen, en moeten streven naar beleid dat de gelijke vrijheid van mannen en vrouwen op het gebied van seks, voortplanting en ouderschap bevordert (Siegel, 2007).

**Ten slotte bekritisieren benaderingen vanuit reproductieve rechtvaardigheidsbeginselen** de opvatting dat legale toegang tot abortus zou volstaan om voor reële en rechtvaardige toegang te zorgen in de praktijk. Het kritische feministische analysekader brengt met zich mee dat er rekening wordt gehouden met economische, sociale, gezondheids- en andere extralegale factoren, die van invloed zijn op de reproductieve keuzes van vrouwen en op hun vermogen om zelf beslissingen te nemen. Deze benadering is nauw verbonden met intersectionele benaderingen, die erkennen dat het bestaan van kruispuntfactoren, zoals sociale klasse en ras, de autonomie van gemarginaliseerde vrouwen beperken om geïnformeerde keuzes over zwangerschap te maken door onderdrukkende omstandigheden op te leggen of door de toegang tot reproductieve diensten en zorgen te beperken (Smith, 2005).

Een uitgebreide bespreking van de betekenis van deze basisbeginselen en een literatuuroverzicht in dit opzicht valt buiten het bestek van dit rapport. Niettemin is

een bijdrage vanwege twee leden van werkgroep 4, voorgelegd aan dit Comité, opgenomen in de bijlagen, waarin het belang van de beginselen van autonomie, gelijkheid en reproductieve rechtvaardigheid wordt beschreven en in een historische context wordt geplaatst (zie: F. Caeymaex & G. Lebeer, “Les valeurs d'autonomie, d'égalité et de justice reproductive”). Bovendien wordt in de historische en maatschappelijke achtergrondanalyse in hoofdstuk 2 van dit rapport ook het beginsel en het belang van sociaal burgerschap van vrouwen in het abortusdebat besproken.

#### 4.1.2 Morele status van het embryo/de foetus

In de academische literatuur worden verschillende standpunten over de morele status van embryo's/foetussen verdedigd, die uiteindelijk ook een invloed hebben op de standpunten over abortus. Een uitgebreide bespreking van de belangrijkste standpunten valt buiten het bestek van dit rapport. Het Wetenschappelijk Comité wenst niettemin de aandacht te vestigen op advies nr. 18 van de Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek van 16 september 2002, waarin de belangrijkste standpunten over het ethisch statuut van het embryo/de foetus reeds uitvoerig worden uiteengezet. Bovendien worden in hoofdstuk 4.2, dat een overzicht geeft van de belangrijkste argumenten ter onderbouwing van abortuswetgeving- en termijnen, verschillende standpunten besproken over de morele waarde toegekend aan het embryo/de foetus. Ten slotte behandelen de volgende titels uitvoerig twee drempels in de ontwikkeling van de foetus (m.n. de grenzen van levensvatbaarheid en bewustzijn/pijnperceptie) waaraan in sommige ethische literatuur over abortus een doorslaggevende morele waarde wordt gehecht en die tevens aangehaald werden door werkgroep 3 en het Wetenschappelijk Comité in de discussies met betrekking tot abortus na de huidige termijn van 12 weken.

#### 4.1.3 Pijnperceptie bij de foetus

De debatten over pijn bij foetussen in de context van abortus hebben voornamelijk betrekking op twee verschillende, maar verwante vragen. De eerste vraag bestaat uit de ethische vraag of de toegang tot abortus moet worden beperkt vanaf het moment dat wordt aangenomen dat een foetus pijn en/of bewustzijn kan ervaren, aangezien een dergelijk vermogen volgens sommigen een morele of juridische status voor de foetus met zich meebrengt. De tweede, ethisch-technische vraag heeft betrekking op het idee dat, indien een foetus pijn zou kunnen ervaren tijdens de abortusprocedure, die pijn moet worden voorkomen of beperkt door klinisch-technische maatregelen. Met oog op deze fundamentele ethische vragen moeten de huidige wetenschappelijke gegevens over het ontstaan van foetaal bewustzijn en pijn bij foetussen worden bekeken.

##### 4.1.3.1 Wetenschappelijke bewijselementen

Hoewel gedragsmatig bewijs vaak het enige is dat we hebben om pijn bij non-verbale mensen en dieren te beoordelen, is het op zichzelf niet voldoende om de aanwezigheid van pijn te bevestigen. De International Association for the Study of

Pain (IASP) definieert pijn “als een onaangename zintuiglijke en emotionele ervaring die gepaard gaat met, of lijkt op, feitelijke of potentiële weefselschade”. Deze definitie wordt aangevuld met een addendum waarin wordt gespecificeerd dat “pijn en nociceptie verschillende verschijnselen zijn”. Nociceptie of pijngevoeligheid (het neurale proces van het coderen van schadelijke prikkels) gaat vaak vooraf aan pijn, maar is niet noodzakelijk noch voldoende voor de vaststelling van het bestaan van een complexe zintuiglijke en emotionele pijnervaring. Gedragsreacties (bijvoorbeeld een motorische terugtrekkingsreflex) kunnen optreden als gevolg van nociceptie, maar, zoals de IASP opmerkt, “houden dergelijke reacties niet noodzakelijkerwijs een pijnsensatie in”. Gedragsmatige gevolgen van nociceptie worden waargenomen bij eenvoudige ongewerkte dieren zoals fruitvliegjes, maar deze reacties worden niet beschouwd als aanwijzingen voor pijn, aangezien deze organismen zelfs de meest rudimentaire neurale structuren missen die noodzakelijk zijn voor pijn. Met andere woorden: de vraag of een organisme de biologische capaciteit heeft om pijn te ervaren is dus cruciaal (Salomons en Iannetti, 2022).<sup>79</sup>

Het zogenaamde bewustzijn staat in verband met de ontwikkeling van het zintuiglijke systeem, en, meer precies, met de ontwikkeling van neurologische structuren in de hersenen (de cortex en de thalamus) en van het zenuwstelsel dat deze met elkaar en met de periferie verbindt (Robertson, 2011a). Wetenschappelijke gegevens die door het Britse Lagerhuis in zijn verslag over de abortuswetgeving in herinnering zijn gebracht, leiden tot de conclusie dat de belangrijkste elementen van het zintuiglijke systeem van de foetus pas bij 22 tot 26 weken na de bevruchting (24 tot 28 WA) zijn gerijpt: zenuwuiteinden, ruggenmerg en thalamusverbindingen die in staat zijn de cortex te penetreren (House of Commons Select Committee on Science and Technology, 2007). Sindsdien lijken nieuwe wetenschappelijke gegevens de grens van 24 WA ook te handhaven:

“Hoewel de foetus reageert op pijn, de stem van de moeder, enz. is hij zich daar waarschijnlijk niet van bewust door het lage zuurstofgehalte en de sedatie. Ervan uitgaande dat het bewustzijn hoofdzakelijk in de cortex is gelokaliseerd, kan het bewustzijn niet ontstaan vóór 24 zwangerschapsweken, wanneer de thalamocorticale verbindingen vanuit de zintuigen tot stand zijn gebracht. De bovengrens van 22-24 weken [WA, nvdr] voor legale abortus in tal van landen is dus zinvol. (...) Vanaf ongeveer 25 weken [WA, nvdr] zijn corticale reacties in het somatosensorische gebied geregistreerd door middel van ‘near-infrared spectroscopy’ (NIRS). Bij prematuren na 25 weken zijn gezichtsuitdrukkingen waargenomen die lijken op die van volwassenen met pijn. Deze premature kinderen zijn zich dus waarschijnlijk bewust van pijn. Aangezien de foetus wordt blootgesteld aan hoge endogene kalmerende en pijnstillende stoffen, is hij zich zelfs na 25 weken wellicht niet bewust van pijn.”<sup>80</sup> (Lagercrantz, 2014).

<sup>79</sup> Deze paragraaf bevat eigen vertalingen.

<sup>80</sup> Eigen vertaling.

“Volledig ontwikkelde mensen hebben een cortex om nociceptieve input te verwerken, en om die input te associëren met adaptief relevante sensorische, cognitieve, emotionele en sociale informatie. Tijdens onze ontwikkeling nemen deze associaties de vorm aan van de ervaring die volwassenen kennen als pijn. Vóór de corticale rijping [d.w.z. 24-32 WA, nvdr] heeft een foetus niet de biologische uitrusting om een begin te maken met het leren van die associaties.”<sup>81</sup> (Salomons and Iannetti, 2022).

Deze grenzen zijn coherent met de conclusies van papers van neonatologen of anesthesisten voor foetale chirurgie: “Wij kunnen concluderen dat het vanuit neuro-anatomisch oogpunt vrij onwaarschijnlijk is dat het kind vóór 24 weken zwangerschapsduur, dus voordat alle thalamocorticale verbindingen tot stand zijn gebracht, als een bewuste mens kan worden gezien. Verdere literatuurgegevens moeten deze hypothese bevestigen”<sup>82</sup> (Falsaperla *et al.*, 2022); ook al bestaat er nog enige discussie over de perceptie van pijn vóór de vorming van de neocortex.

“De amygdala, het verwerkingscentrum voor emotionele prikkels en angst, is aanwezig tegen het midden van de zwangerschap. De thalamocorticale vezels verschijnen in de tweede helft van de zwangerschap bij 23-30 weken GA [‘gestational age’ of zwangerschapsduur in amenorroeduur, noot van de redactie], maar reeds in de voorafgaande periode bereiken zij de subplaat. De subplaat is een tijdelijk aanwezige structuur van de cerebrale cortex waar de projectievezels uit de thalamus aankomen. Het is een tijdelijk maar actief en functionerend station, waar de vezels aankomen in afwachting van het aantreffen van volwassen hersenschors; het is aanwezig tussen 10 en 35 weken GA. Daarna verdwijnt het. Recent werk met fretten heeft aangetoond dat auditieve stimuli een neurale activiteit in de subplaat teweegbrengen die topografisch sterk lijkt op de activiteit die wordt waargenomen in de rijpere auditieve cortex. Tussen 24 en 32 weken GA beginnen de vezels van de corticale thalamus de cortex te koloniseren, en deze kolonisatie neemt toe na 34 weken GA. Het proces van de vorming van de neocortex begint in het eerste trimester van de zwangerschap: de neuronen die hem zullen vormen, migreren van het periventriculaire gebied naar de periferie en de eerste corticale plooï begint zich te vormen. De insula, een van de belangrijkste centra voor de perceptie van pijn, begint zich tussen deze plooïen te vormen. Voor sommige geleerden is de aanwezigheid van de cortex essentieel voor de bewuste waarneming van pijn, voor andere niet. Er zijn nu verschillende papers gepubliceerd die suggereren dat de noodzaak van de cortex voor pijnervaring wellicht is overschat.”<sup>83</sup> (Bellieni, 2021).

<sup>81</sup> Eigen vertaling.

<sup>82</sup> Eigen vertaling.

<sup>83</sup> Eigen vertaling.

Foetale stress kan echter al vóór die zwangerschapstermijnen worden opgespoord, met name in de vorm van endocriene signalen. Het rapport van de House of Commons Select Committee on Science and Technology (2007) concludeert dat dergelijke prikkels geen indicatoren zijn dat pijn bewust wordt gevoeld, d.w.z. niet vóór 22 tot 26 weken zwangerschapsduur na de bevruchting. Ten slotte stelt het onlangs bijgewerkte rapport van de RCOG over foetaal bewustzijn: “de huidige gegevens wijzen erop dat de mogelijkheid van pijnbeleving vóór 28 weken zwangerschap (AM) onwaarschijnlijk is.”<sup>84</sup> (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2022).

Hoewel het huidige wetenschappelijke bewijs, dat waarschijnlijk nog zal evolueren, de mogelijkheid van foetale pijn vanaf 22 weken post-conceptie vaststelt, is dit standpunt niet unaniem aanvaard. Het in aanmerking nemen van pijn bij de foetus op basis van deze cijfers betekent niet dat de limiet van een zwangerschapstermijn voor abortus van 22 weken post-conceptie per definitie een redelijk aanpak is gelet op de ontwikkeling van de foetus. Het geeft veeleer aan dat men moet rekening houden met de mogelijkheid van foetale pijn vanaf deze zwangerschapsduur en deze pijn adequaat moet bestrijden.

#### 4.1.3.2 Ethische discussie op basis van pijn en bewustzijn bij de foetus

Wanneer de ontwikkeling van pijncapaciteit en bewustzijn bij de foetus in een abortuscontext wordt gebruikt als een beperkende drempel, gebeurt dit doorgaans vanuit de positie die stelt dat deze capaciteit een morele of zelfs juridische beschermwaardigheid met zich meebrengt. Volgens sommige ethische literatuur zorgt deze capaciteit er immers voor dat de foetus de status als juridisch of moreel persoon verwerft, waardoor abortus na die grens niet meer of slechts onder striktere voorwaarden kan worden toegelaten. Een gerelateerde, technisch-ethische vraag, betreft de mogelijke pijnervaring van de foetus tijdens een abortusprocedure, en of deze al dan niet vermeden moet worden.

Filosofische criteria die gewoonlijk worden gehanteerd om de status van een persoon vast te stellen, kunnen niet volledig of allen worden toegepast op foetussen. Volgens Warren gaat het bijvoorbeeld om bewustzijn (en het vermogen om pijn te voelen), redeneervermogen, zelfmotiverende activiteit, communicatie en zelfbewustzijn (Warren, 1973). Echter worden ook andere drempels in de ethische literatuur voorgesteld voor de verwerving van een morele status als persoon (bv. levensvatbaarheid, geboorte, conceptie, ...). Op juridisch vlak wordt in België aangenomen dat rechtspersoonlijkheid slechts verworven wordt bij de start van het geboorteproces. Op het gebied van abortus en foetale ontwikkeling lijkt het criterium van het bewustzijn en pijncapaciteit niettemin een belangrijk ethisch en praktisch criterium

<sup>84</sup> Eigen vertaling.



te blijven. Meer in het algemeen roept deze kwestie de vraag op in welke mate en of morele waarde moet worden toegekend aan bepaalde biologische capaciteiten. Hoewel biologische feiten met toenemende nauwkeurigheid kunnen worden vastgesteld, stelt het Wetenschappelijk Comité vast dat er allesbehalve eensgezindheid bestaat over de morele waarde die daaruit kan worden afgeleid.

Zoals eerder werd vermeld, is een deel van de wetenschappelijke aandacht voor het argument aangaande de zintuiglijke ontwikkeling gelinkt aan de mogelijkheid dat de foetus pijn voelt tijdens de abortusprocedure. In het Wetenschappelijk Comité was er, in het kader van de bespreking van een eventuele termijnverlenging voor abortus, eveneens sprake van een bekommernis over eventuele pijn en bewustzijn van de foetus op het moment van een abortusprocedure rond of voorbij de foetale pijngrens. Vanwege de wetenschappelijke, morele en persoonlijke grijze zones en percepties rond pijn en bewustzijn van de foetus, is het belangrijk zich bewust te blijven van dit aandachtspunt en verschillende voorgestelde strategieën te overwegen om, indien die capaciteit aanwezig zou zijn, pijn bij de foetus te voorkomen. Hedendaagse abortustechnieken maken het mogelijk de navelstreng af te klemmen als eerste stap van de procedure of verdovende of myorelaxerende stoffen toe te dienen die de foetus bereiken of via de zwangere vrouw worden overgebracht (Lagerhuis, Select Committee on Science and Technology, 2007; Robertson, 2011; Brethouwer, 2022). Dergelijke klinische praktijken lijken waarborgen te bieden met betrekking tot de bekommernissen over de eventuele pijn die de foetus zou kunnen voelen tijdens een procedure rond of voorbij de foetale pijngrens.

#### 4.1.4 Levensvatbaarheid van de foetus

##### 4.1.4.1 Verschillende opvattingen over het begrip levensvatbaarheid

Levensvatbaarheid wordt over het algemeen gedefinieerd als het punt waarop de foetus potentieel in staat is om een onafhankelijk leven buiten de baarmoeder te leiden. De levensvatbaarheidsdrempel moet voornamelijk worden opgevat als een bereik, dat zich, gelet op medische ontwikkelingen en ervaringen, ergens tussen 20 en 24 weken na de conceptie situeert in landen waar moderne neonatale intensive care units beschikbaar zijn (Keogh *et al.*, 2007; Domellöf en Jonsson, 2018; American College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Verscheidene bronnen die hier gerefereerd worden bepalen als minimale ijkpunt voor de levensvatbaarheid van de foetus, 22 weken zwangerschap na de bevruchting (24 WA), gezien het zeer lage overlevingspercentage vóór die leeftijd (Groot-Brittannië: Parlement: Lagerhuis: Science and Technology Committee, 2007; Robertson, 2011b; ZonMw, 2020). In België is de huidige afspraak dat foetussen tussen 22 en 24 weken na de bevruchting (24-26 WA) als potentieel levensvatbaar worden beschouwd. Er zijn besprekingen gaande om dit bereik uit te breiden tot 20-24 weken na de bevruchting (22-26 WA), gezien bepaalde vorderingen in de zorg en de technieken. Het beginsel van de “grijze zone” dat deze aanpak mogelijk maakt, maakt het mogelijk dat beslissingen over de zorg op een flexibele en individuele manier worden bepaald in samenspraak met ouders en zorgverleners.

Voor sommige specifieke toepassingen kan het ook worden benaderd als een specifieke drempel die moet worden vastgesteld, bijvoorbeeld om te bepalen vanaf welke zwangerschapsduur men spreekt van een ‘geboorte’. In 1977 stelde de WHO, met het oog op de vaststelling van een drempel voor de registratie van vroeggeboorte, het begrip geboorte vast bij 20 weken zwangerschap na de bevruchting (22 WA) of 500 gram foetaal gewicht (WHO, 1977).

Daarnaast merkt het Wetenschappelijk Comité op dat er in de literatuur een onderscheid wordt gemaakt tussen levensvatbaarheid *in abstracto* en levensvatbaarheid *in concreto* (Huygens, 2011). Onder abstracte levensvatbaarheid wordt verstaan de leeftijd waarop de gemiddelde foetus het vermogen krijgt om buiten de baarmoeder te overleven, afhankelijk van het niveau van de beschikbare medisch-technische ondersteuning. Dit is de notie van levensvatbaarheid als temporele benchmark die vaak een rol speelt in abortusdebatten. Levensvatbaarheid *in concreto* verwijst naar de individuele capaciteit van een specifieke foetus om met medisch-technische ondersteuning buiten de baarmoeder te overleven, rekening houdend met de specifieke eigen kenmerken en (gevolgen van) eventuele afwijkingen van de foetus. Zoals goed wordt samengevat in het rapport over abortuswetgeving van de Victorian Law Reform Commission (Australië): “de medische beroepsgroep beschouwt 22-26 weken zwangerschap (WA, nvdv) als een ‘grijze zone’, waar sommige foetussen hebben overleefd, de meeste met blijvende handicap, dankzij grote medische interventies. Deze overlevingspercentages gelden niet voor foetussen met een bestaande handicap, waarbij de overleving afhangt van de aard en de omvang van de handicap.”<sup>85</sup> (Victorian Law Reform Commission, 2008, 3.60).

##### 4.1.4.2 Wetenschappelijke bewijselementen

Hoewel zeer recentelijk overleving is gemeld na de geboorte van een pasgeborene na ongeveer 20 weken zwangerschap na de bevruchting (Bell en Zumbach, 2011; Sung *et al.*, 2017), is het gemiddeld rond 21-24 weken zwangerschap na de bevruchting dat de zich ontwikkelende foetus levensvatbaar wordt geacht, uiteraard op voorwaarde van zware intensieve zorg.

De levensvatbaarheid van een specifieke foetus is een samenspel van verschillende kenmerken en is nooit een garantie voor de uitkomst. Bijgevolg is de vaststelling van het begrip levensvatbaarheid in het algemeen noodzakelijkerwijs een kwestie van waarschijnlijkheid in een context van steeds evoluerende medische kennis. Het debat over de levensvatbaarheid moet worden bekeken in het licht van de nieuwe ontwikkelingen op het gebied van neonatale reanimatie en de evoluerende aard van de discipline, maar ook van de grenzen daarvan gelet op de risico's op ernstige beperkingen van overlevende.

<sup>85</sup> Eigen vertaling.

Verscheidene auteurs onderstrepen dat de levensvatbaarheid van foetussen buiten de baarmoeder, hoewel gebaseerd op wetenschappelijke consensus, nog steeds een arbitrair begrip is bij toepassing op abortus. Het arbitraire aspect situeert zich onder meer in het feit dat een potentialiteit (van *ex utero* overleving) wordt gecorreleerd met de actuele situatie van personen die een ongewenste zwangerschap meemaken (Erdman, 2017). In de woorden van Erdman (2017, p. 33): “Levensvatbaarheid is alleen een zinvolle maatstaf als ze wordt toegepast op een pasgeborene na de geboorte, maar ze wordt gebruikt om de status van een foetus *in utero* te definiëren. Morele argumenten op grond van levensvatbaarheid behandelen dus pre- en post-geboorte alsof het gelijkwaardige toestanden zijn, terwijl het eigenlijke argument is dat ze dat niet zijn.”<sup>86</sup>

In wetenschappelijke termen gaat het bij foetale levensvatbaarheid inderdaad meer om waarschijnlijkheid dan om feitelijke zekerheid: er is geen norm voor de overlevingskans die foetale levensvatbaarheid bepaalt (Erdman, 2017). De overlevingskans bij 24 weken zwangerschap (WA) is niet met zekerheid vastgesteld, maar wordt geschat op 42-57% (Ecker *et al.*, 2017) en draagt een aanzienlijk risico op ernstige beperkingen in zich. De feitelijke (= *in concreto*) levensvatbaarheid is daarentegen gebaseerd op een reeks parameters die per zwangerschap verschillen. Bovendien zou de levensvatbaarheid van de foetus volgens recent onderzoek naar extreme prematuriteit op een nog eerdere zwangerschapsduur kunnen worden bereikt (Domellöf en Jonsson, 2018).

Zo zouden de huidige wetenschappelijke inspanningen om ectogestatie (zwangerschap buiten het menselijk lichaam) mogelijk te maken door de ontwikkeling van kunstmatige ‘baarmoeders’, de levensvatbaarheidsgrens buiten de baarmoeder kunnen vervroegen (Di Stefano *et al.*, 2020). Sommigen vrezen dat het rechtstreeks verwijzen naar levensvatbaarheid als relevante benchmark in de abortuswetgeving zou kunnen impliceren dat de zwangerschapstermijn tot waarop abortus kan worden uitgevoerd, voortdurend moet worden vervroegd, waardoor het risico bestaat dat de reikwijdte van het abortusrecht voor vrouwen afneemt naarmate de wetenschap voortschrijdt (Askola, 2018; Rhoden, 1986; Victorian Law Reform Committee, 2008). Anderen menen dat de medische technologie om premature foetussen in leven te houden niet noodzakelijk van invloed zal of moet zijn op het abortusbeleid. Het potentiële effect hangt immers ook af van ons begrip van ‘levensvatbaarheid’ en de mate waarin dit begrip het gebruik van verregaande medisch-technologische ondersteuningssystemen al dan niet uitsluit. Externe ondersteuningssystemen vergroten immers niet de inherente overlevingscapaciteit van het embryo/de foetus, maar assisteren slechts bij de verdere ontwikkeling van de foetus. Toch lijkt het erop dat ten minste een niveau van medisch-technologische ondersteuning vandaag reeds wordt beschouwd als een factor die de ‘levensvatbaarheidsgrens van de foetus’ beïnvloedt/verlaagt (bv. couveuse).

<sup>86</sup> Eigen vertaling.

#### 4.1.4.3 Potentiële relevantie van levensvatbaarheid in de praktijk van medische abortus

Hoewel sommige landen de levensvatbaarheid van de foetus beschouwen als een belangrijke ethische grens ter beperking van abortus op niet-medische gronden, wordt die redenering er niet per definitie toegepast op abortus om medische redenen (bv. Nederland, Verenigd Koninkrijk). (Zie hierover: hoofdstuk 4.2.3).

De kwestie van de levensvatbaarheid van de foetus werd dan ook vanuit een praktijkperspectief besproken in het kader van werkgroep 2. In de Wet VZA wordt de toegang tot abortus wegens ernstige medische aandoeningen noch door abstracte, noch door concrete levensvatbaarheidsgrenzen beperkt. In de bijdragen van leden van de werkgroep en het Wetenschappelijk Comité werd de abstracte levensvatbaarheidsgrens niet bepalend geacht voor het bepalen van de aanvaardbaarheid van abortus bij bijzonder ernstige en ongeneeslijke foetale afwijkingen. Het Comité stelde vast dat er bij de medische professe en bij de leden van het Comité veel steun bestaat voor het behoud van de mogelijkheid om een zwangerschap af te breken na de levensvatbaarheidsgrens van 22-24 weken op grond van deze medische aandoeningen. In dezelfde lijn wijst een Belgische studie op een hoge acceptatiegraad van late zwangerschapsafbreking bij betrokken gezondheidsprofessionals voor zowel letale foetale aandoeningen (100% acceptatie) als ernstige (maar niet letale) foetale aandoeningen (95,6%) (Roets *et al.*, 2020). Er was minder steun voor zwangerschapsafbreking na de levensvatbaarheid als de foetus gezond is maar de zwangere vrouw kampt met psychologische (19,8%) of socio-economische problemen (13,2%) (Roets *et al.*, 2020). Zonder de aanvaarding van abortus na de levensvatbaarheid voor bijzonder ernstige medische aandoeningen ter discussie te stellen, suggereerden sommige gezondheidswerkers dat de verschillende aanpak ten aanzien van foetussen met dezelfde zwangerschapsduur (sommige op neonatale intensieve zorgen versus andere afgebroken omwille van een ernstige medische reden) een psychologische uitdaging vormt. Deze laatste heeft betrekking op de eerder beschreven procedure van foeticide voorafgaand aan het medisch inleiden van de bevalling om een levendgeboorte en mogelijke overleving te voorkomen.

Daarnaast werd de levensvatbaarheid *in concreto* (= de individuele capaciteit van een bepaalde foetus om buiten het lichaam van de vrouw te overleven gelet op zijn kenmerken) geacht een rol te spelen bij de keuze van procedure. Indien een foetus niet levensvatbaar wordt geacht vanwege zijn letale afwijkingen, hebben patiëntes soms de keuze om ofwel de zwangerschap voortijdig af te breken, ofwel de zwangerschap voort te zetten en te anticiperen op de geboorte en de daaropvolgende spontane dood tijdens of kort na de geboorte. Deze laatste optie is niet beschikbaar als de foetus in staat kan worden geacht te overleven (op lange termijn) (hoewel die een bijzonder ernstige en ongeneeslijke afwijking heeft). Een actieve levensbeëindiging bij een pasgeborene met zeer ernstige aandoeningen is in België immers juridisch niet mogelijk (Nederland is daarentegen een land waar dit wel is gelegaliseerd, zie “Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen”, 2015).<sup>87</sup>

<sup>87</sup> In Nederland vergt een dergelijke interventie met name “uitzichtloos en ondraaglijk lijden van de pasgeborene”.

Tot slot speelt de levensvatbaarheid van een foetus een belangrijkere rol bij beslissingen over zwangerschapsafbreking wanneer ernstige bedreigingen voor de gezondheid van de zwangere vrouw in overweging worden genomen. Aangezien deze patiënten bij wie een ernstige aandoening aanwezig is doorgaans een gewenste zwangerschap dragen, kunnen zij bij een levensvatbare foetus vragen om een vroegtijdige inleiding van de bevalling, gevolgd door een neonataal intensief zorgtraject om het kind te ondersteunen. De verwachte mate van prematuriteit, de daarmee samenhangende gezondheidsrisico's voor het kind dat zal worden geboren en de wensen van de patiënte/het koppel op dit vlak zullen vaak van invloed zijn op deze complexe beslissingen in de medische praktijk.

#### 4.1.5 Selectieve abortus op basis van geslacht

Het Wetenschappelijk Comité werd gevraagd na te denken over selectieve abortusverzoeken op basis van het geslacht en over de mogelijke gevolgen van een wettelijk verbod op deze specifieke vorm van selectieve abortus.

Over het algemeen achten de leden van dit Comité abortusverzoeken op basis van het geslacht van de foetus mogelijk, doch zeldzaam. In het rapport van de Nationale Evaluatiecommissie van 2016-2017 staat bijvoorbeeld dat er twee verzoeken op basis van het geslacht aan abortuscentra voorgelegd maar afgewezen werden (p. 83 rapport 2016-2017). Eén ziekenhuis vermeldde ook abortusverzoeken op basis van het geslacht van de foetus zonder vermelding van de frequentie, maar wees deze verzoeken af of verwees de patiënt door (p. 92 rapport 2016-2017). Het Wetenschappelijk Comité constateert dat het al bij al moeilijk is om gegevens over verzochte en eventueel uitgevoerde abortussen op grond van geslacht te verkrijgen, omdat een waarheidsgetrouw overzicht van beweegredenen afhankelijk is van de transparante rapportering door de verzoekster/uitvoerder. Bovendien verzamelt de Nationale Evaluatiecommissie enkel gegevens over uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, en niet over verzochte, doch afgewezen verzoeken.

De kwestie van geslachtsselectie is naar voren gekomen in de parlementaire debatten over een mogelijke termijnverlenging voor abortus (De Meyer en De Mulder, 2021, 17-19). Daarin werd een bezorgdheid geuit dat dergelijke abortussen bij een termijnverlenging gemakkelijker zouden kunnen worden uitgevoerd. Hoewel deze bezorgdheid gerechtvaardigd kan zijn, merkt het Wetenschappelijk Comité op dat de Wet VZA momenteel abortus op verzoek toestaat zonder dat een specifieke rechtvaardiging van de persoon die abortus verzoekt, vereist is. Aangezien de NIPT-resultaten al vanaf een zwangerschapsduur van 11 of 12 WA (= 9 tot 10 weken post-conceptie) kunnen worden verkregen, is een abortus voorbij het punt van geslachtsdetectie ook nu al mogelijk en kan geslachtsselectie niet worden uitgesloten. Deze optie is theoretisch dus ook zonder een verlengde abortustermijn aanwezig.

Met betrekking tot een mogelijk wettelijk verbod op abortus op grond van geslacht wijst het Wetenschappelijk Comité op het advies van de Raad van State (advies nr.

67.122/AV, 19 juni 2020). Aan de Raad van State werd een advies gevraagd over twee wetsvoorstellen: 1) een amendement dat abortus op grond van geslacht verbiedt (behalve als er een medische reden is), en 2) een amendement dat het delen van informatie over het geslacht van de foetus vóór de (verlengde) wettelijke abortustermijn verbiedt, behalve als er een medische reden is. De Raad van State was van oordeel dat deze amendementen weliswaar het zelfbeschikkingsrecht en de privacy van de vrouw beperken, maar dat deze beperkingen niettemin als proportioneel en legitiem kunnen worden beschouwd. Het verbod op het verstrekken van informatie over het geslacht van de foetus vóór de wettelijke abortustermijn riep meer vragen op bij de Raad van State met betrekking tot de proportionaliteit, aangezien het voor alle aanstaande ouders zou gelden. Aangezien de maatregel echter slechts gedurende een deel van de zwangerschap zou gelden, werd hij door de Raad van State uiteindelijk toch als proportioneel beschouwd.

Niettemin wijzen sommige leden van het Wetenschappelijk Comité op enkele potentieel problematische aspecten en gevolgen van deze wettelijke verbodsbepalingen. Een van deze problematische aspecten is dat deze wettelijke verboden de beweegredenen van de vrouw identificeren en in vraag stellen, terwijl de wetshervorming van 2018 juist tot doel had om een oordeel over die redenen weg te nemen door de “noodsituatie” te schrappen. Hoewel deze voorstellen specifieke abortus op basis van geslacht viseren, zouden ze een debat kunnen openen over welke andere redenen als niet overtuigend genoeg worden beschouwd om een abortus te rechtvaardigen (zie ook een verhelderende ethische analyse van Greasley, 2017, 225-235). De wetgever moet overwegen of hij het passend en noodzakelijk acht om één of meer uitzonderingen te ontwikkelen op het principe dat het verzoek van de vrouw zonder rechtvaardiging volstaat. Een tweede probleem dat wordt waargenomen, is dat deze wetswijzigingen in de praktijk slechts inspelen op een zeldzame realiteit. Het Wetenschappelijk Comité schat in dat een verbod op abortus op grond van geslacht louter symbolisch zou zijn, aangezien de hulpverleners afhankelijk zijn van de melding van het motief door de vrouw. Sommige abortushulpverleners vrezen zelfs dat een expliciet verbod op abortus op grond van geslacht ervoor zal zorgen dat vrouwen minder openlijk zullen spreken over hun persoonlijke situatie die hen tot een abortusaanvraag op grond van geslacht heeft gebracht, waardoor geslachtsselectieve motieven volledig onder de radar zouden blijven.

Een verbod op het delen van informatie over het geslacht van de foetus zou eventueel het aantal abortussen dat wordt ingegeven door het geslacht kunnen verminderen. Maar volgens de leden van het Wetenschappelijk Comité mogen de gevolgen van deze maatregel voor alle aanstaande ouders, ook diegenen die geen abortus wensen, niet te licht worden opgevat. Een positieve connotatie van deze wetswijziging is volgens sommigen dat het belang dat aan het vrouwelijk/mannelijk geslacht wordt toegekend in een maatschappij waarin de notie van gender aan belang wint, wordt verminderd. Niettemin vinden sommige werkgroep- en comitéleden de maatregel enigszins paternalistisch tegenover aanstaande ouders.

Verschillende werkgroep- en Comitéleden beschouwden abortus op grond van geslacht niet als een kwestie van zodanige omvang dat hiervoor op dit moment een specifiek wettelijk verbod nodig is. Het Wetenschappelijk Comité is voorstander van positieve maatregelen die de stereotypering van vrouwen en meisjes verminderen en de gelijkheid van geslachten en genders in het algemeen versterken. Indien de wetgever specifieke verbodsbepalingen ter bestrijding van abortus op grond van geslacht gepast zou achten, zouden deze voldoende gemotiveerd moeten worden op het vlak van noodzaak, legitimiteit en proportionaliteit.

#### 4.2 Typologie van argumenten die abortuswetgeving beïnvloeden

Wanneer de noodzaak blijkt om abortus te reguleren, moeten wetgevers doorgaans hun beslissingen onderbouwen op basis van verschillende argumenten inzake abortus. Dergelijke argumenten kunnen berusten op zowel morele of zelfs godsdienstige opvattingen als medische noties, alsook op opvattingen over sociale rechtvaardigheid en volksgezondheid. Deze argumenten bepalen niet alleen de maatschappelijke debatten, maar ook het daaruit voortvloeiende juridische kader. Het lijkt dus noodzakelijk om die diepere, onderliggende – en vaak onuitgesproken – opvattingen over de rol van de staat, alsook over seksualiteit, genderrollen, ongeboren leven, gezin, geboortecijfers, volksgezondheid, en moederschap te identificeren en te onderzoeken.

Het ethische dilemma tussen de morele status van de foetus (ongeacht zijn wettelijke status) en de autonomie van de vrouw over haar eigen lichaam staat centraal in de abortuskwestie: elke ethische stellingname over abortus bestaat uit een evenwichtsoefening tussen deze twee centrale waarden. Wat betreft de abortuspraktijk blijkt de volksgezondheidsdimensie een essentiële parameter waarmee in de discussie rekening moet worden gehouden. Dit omwille van het effect van clandestiene abortus (uitgevoerd in slechte omstandigheden) op de mortaliteit en morbiditeit van vrouwen, maar ook omwille van wat wordt beschouwd als de rol van de staat op vlak van gelijke toegang tot reproductieve rechten en van preventiebeleid. Deze argumenten staan niet alleen centraal bij elke vorm van abortusregulering, maar ook bij de bepaling van de maximale zwangerschapstermijn tot waar abortus wordt toegelaten.

Hoewel abortus op verzoek niet overal gelegaliseerd is, staan de meeste landen abortus toe voor zover die gerechtvaardigd wordt door specifieke motieven, die vaak gekoppeld worden aan een zwangerschapstermijn. De drie meest voorkomende motieven die wereldwijd in juridische kaders voorkomen zijn:

- Electieve abortus / abortus op verzoek (vaak ingegeven door een psychosociale reden, maar in elk geval afhankelijk van de beslissing van de zwangere vrouw);
- Zwangerschap ten gevolge van omstandigheden die als extreem worden beschouwd (bv. na verkrachting, incest, of, meer uitzonderlijk in een aantal landen, na ziekte of overlijden van de mannelijke verwekker waardoor hij niet in staat is het ouderschap op zich te nemen);
- Zwangerschap die een medisch risico vormt voor de zwangere vrouw of waarbij een medisch risico voor de foetus bestaat, van invloed op het leven, het lijden of de levenskwaliteit van het kind dat zal worden geboren.

In dit hoofdstuk ligt de nadruk op electieve abortus, gedefinieerd als een door de zwangere gevraagde zwangerschapsafbreking waarvoor geen specifieke motivatie of rechtvaardiging vereist is. In sommige landen kunnen deze drie situaties (abortus

op verzoek, als gevolg van extreme omstandigheden of op medische gronden) in het wettelijke kader met elkaar worden verweven, terwijl ze in andere landen het onderwerp vormen van aparte juridische bepalingen. Aangezien het Belgische wettelijk kader – dat dient als vertrek- en bestemmingspunt voor deze denkoefening – een duidelijke nadruk legt op electieve abortus (onderscheiden van abortus om medische redenen), worden hier de argumenten met betrekking tot abortus op verzoek gepresenteerd.

#### 4.2.1 Argument van de absolute waarde van het leven van de foetus

Dit argument is verankerd in een filosofische of morele opvatting die het embryonale/foetale leven naar waarde schat zodra het verschijnt in de vroege stadia van de bevruchting. Het argument kan ofwel allesomvattend zijn en leiden tot een strikt verbod op abortus, ofwel in evenwicht worden gebracht met andere overwegingen (zie punt 4.2.2 Argument van de waarde van beide levens (foetus en zwangere vrouw). Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek vermeldt een gelijkwaardige positie: het Comité beschrijft onder meer een ‘fixistisch’ standpunt, waarbij ervan wordt uitgegaan dat de conceptie het radicale criterium is dat het embryo tot persoon maakt (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2002). Hoewel dit standpunt in evenwicht kan worden gebracht met andere overwegingen, kent het een grote symbolische waarde toe aan embryonaal of foetaal leven. Vandaar dat wetten die dit principe volgen abortus beschouwen als een ‘lesser evil’, dat dan wel kan worden toegestaan en gereguleerd, maar dat op de een of andere manier zoveel mogelijk moet worden vermeden. Volgens Minkenberg wordt wetgeving met meer aandacht voor het leven van de foetus dan voor andere sociale of medische overwegingen vaak aangetroffen in landen met een zwakke of afwezige scheiding van Kerk en Staat (Minkenberg, 2003).

##### 4.2.1.1 Absoluut standpunt: geen opzettelijke beëindiging van het leven van de foetus

Volgens de meest radicale positie wordt het embryo of de foetus beschouwd als een persoon vanaf de bevruchting. Deze positie kan worden beschouwd als radicaal in die zin dat het een grotere morele waarde toekent aan het leven van de foetus dan aan het leven van de zwangere vrouw. Het is vanuit dit standpunt dat sommige activisten opkomen voor de ‘rechten van de foetus’.

Voorbeeld: in Nicaragua en El Salvador geldt een totaalverbod op abortus, zelfs als de zwangerschap de zwangere vrouw in gevaar brengt (Boland, 2010). Ondanks recente feministische mobilisaties zijn er in die landen geen wetsherzieningen in zicht.<sup>88</sup>

<sup>88</sup> Droit à l'avortement : dans quels pays est-il interdit, restreint ou menacé? *Le Monde.fr* [Internet] 2022; beschikbaar op: [https://www.lemonde.fr/international/article/2022/06/24/droit-a-l-avortement-dans-quels-pays-est-il-interdit-restreint-ou-menace\\_6131918\\_3210.html](https://www.lemonde.fr/international/article/2022/06/24/droit-a-l-avortement-dans-quels-pays-est-il-interdit-restreint-ou-menace_6131918_3210.html).

#### 4.2.1.2 Waarde van het leven met oog op de omstandigheden van de conceptie

De meeste wetten die een radicale opvatting over de waarde van het leven van de foetus uitdrukken laten echter toe dat dit leven kan worden beëindigd in geval van dramatische omstandigheden die de conceptie “bezoedelden”, zoals in het geval van verkrachting en incest.

Landen die dit soort redenering in hun wettelijke kader toepassen, vereisen doorgaans een formele klacht, een gerechtelijke toestemming of een medische verklaring opdat de abortus legaal zou zijn. Gezien de vele belemmeringen bij het verkrijgen van dergelijke documenten en bewijzen, waardoor een effectieve toegang tot abortus bemoeilijkt wordt (Guillaume en Rossier, 2018), lijkt dit standpunt in de praktijk vergelijkbaar met de absolute positie wat betreft de bescherming van foetaal leven.

#### 4.2.2 Argument van de waarde van beide levens (foetus en zwangere vrouw)

Volgens dit standpunt heeft het leven van de foetus een belangrijke waarde, maar moet het in verschillende opzichten in evenwicht worden gebracht met het leven of de levenskwaliteit van de zwangere vrouw. Wetten gebaseerd op deze reeks argumenten worden geclassificeerd als een ‘indicatiemodel’ waarin abortus gecriminaliseerd blijft en als te vermijden wordt beschouwd, maar wel is toegestaan onder specifieke of uitzonderlijke omstandigheden (Minkenberg, 2003).

##### 4.2.2.1 Abortus toegestaan in geval van een levensbedreigende toestand voor de zwangere vrouw

Dit is de meest voorkomende bepaling in abortuswetgeving: nagenoeg alle landen, zelfs die met een zeer beperkte toegang tot abortus, staan abortus toe op grond van gevaar voor het leven van de zwangere vrouw (Boland, 2010). Sommige wetten staan abortus alleen toe in geval van een dodelijk risico en tot een bepaalde maximale zwangerschapstermijn (bv. 12 weken WA of PC), terwijl in de meeste wetten in die gevallen geen bovengrens voor de zwangerschapstermijn geldt.

Voorbeeld: in Ierland werden door het achtste amendement op de Ierse grondwet, dat in 1983 werd goedgekeurd (en in 2018 werd afgeschaft (De Meyer, 2020b)), voor de ongeboren foetus dezelfde rechten vastgesteld als voor de zwangere vrouw, wat leidde tot een verbod op abortus in alle gevallen. Een uitzondering hierop gold wanneer het leven van de zwangere vrouw door de zwangerschap in gevaar werd gebracht (Carnegie en Roth, 2019).

##### 4.2.2.2 Abortus toegestaan in geval van een gezondheidsbedreigende toestand voor de zwangere vrouw

De rationale is vergelijkbaar, maar uitgebreid tot de gezondheid van de zwangere vrouw, in sommige gevallen met inbegrip van haar geestelijke gezondheid. Dit type wetgeving is vaak ambigu over wat als gezondheidsrisico/-toestand moet worden beschouwd (Boland, 2010).

Voorbeeld: in Polen heeft een arrest van het grondwettelijk hof in 2020 gevolgen gehad voor de bestaande wet waarin abortus werd gelegaliseerd in geval van verkrachting, incest, risico's voor het leven en de gezondheid van de zwangere vrouw, en risico's voor de foetus. In het arrest werd de uitzondering voor foetale risico's als ongrondwettelijk beschouwd, waardoor abortus voortaan alleen nog legaal is als de zwangerschap het gevolg is van criminele handelingen of wanneer ze levens- of gezondheidsbedreigende risico's voor de zwangere vrouw inhoudt. Foetale afwijkingen of beperkingen worden niet langer in aanmerking genomen.<sup>89</sup> De ambiguïteit van deze wettelijke beperking leidde bijvoorbeeld tot een klimaat waarin een zwangere vrouw bij 22 weken zwangerschap in 2021 overleed aan de gevolgen van een septische shock als gevolg van niet ingrijpen door de artsen.<sup>90</sup>

#### 4.2.2.3 Abortus toegestaan als de zwangerschap op sociale gronden nadelig is voor de zwangere vrouw

Deze redenering vloeit gewoonlijk voort uit de vorige uitzondering met betrekking tot gezondheid: vaak hebben overwegingen in verband met de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw ertoe geleid dat ook het sociale leed als gevolg van een ongewenste zwangerschap in aanmerking wordt genomen. Deze benadering brengt niet alleen het leven zelf, maar ook de levenskwaliteit van zowel de zwangere vrouw als het kind dat zal worden geboren, in balans (Minkenberg, 2003). Volgens deze redenering maken niet alleen de algemene gezondheid van individuen, maar ook de levensomstandigheden deel uit van volksgezondheidsoverwegingen waarvoor de staat verantwoordelijk is. Een dergelijke bepaling komt vaker voor in abortuswetgeving van landen die een verzorgingsstaat verdedigen (Linders, 1998).

Wetten die op deze principes gebaseerd zijn worden vaak gecategoriseerd als 'distress model'-wetten (Minkenberg, 2003): abortus wordt toegestaan op basis van een uitzonderlijke situatie en wordt daarbij beschouwd als een 'lesser evil'. Dit standpunt met betrekking tot abortus wordt gekwalificeerd als 'gematigd liberaal'. In deze context regelt de staat abortus op basis van zijn rol op vlak van bescherming van gezondheid en sociaal welzijn, en uit empathie voor vrouwen die geconfronteerd worden met ongewenste zwangerschappen en bijbehorende sociale, financiële en gezondheidsgevolgen. Bijgevolg wordt abortus niet alleen afhankelijk van een noodsituatie gesteld, maar vaak ook van de beoordeling daarvan door medisch-psychosociale professionals. Dergelijke wetten worden doorgaans gekenmerkt door verplichte begeleiding voorafgaand aan de abortus, wachttijden en een goedkeuring van de abortus door gezondheidsprofessionals.

<sup>89</sup> Arrest van het Grondwettelijk Hof van 22 oktober 2020, ref. nr. K 1/20 <https://dziennikustaw.gov.pl/DU/2021/175>.  
<sup>90</sup> Wanat Z, Martuscelli C. Pregnant woman's death renews abortion ban controversy in Poland. POLITICO [Internet] 2021; Available from: <https://www.politico.eu/article/poland-abortion-health-care-pszczyna-barbara-nowacka-pis-european-parliament-sylwia-spurek/>. Hoewel de artsen meenden dat zij volgens de wet handelden, werden zij in 2022 veroordeeld. Tilles D. Doctors charged over death of pregnant woman that sparked protests against abortion law. Notes From Poland [Internet] 2022; Available from: <https://notesfrompoland.com/2022/09/07/doctors-charged-over-death-of-pregnant-woman-that-sparked-protests-against-abortion-law/>.

Voorbeeld: in de Belgische context is het mogelijk de vermelding van de nood-situatie in de wet van 1990 te beschouwen als een middenweg om de twee dominante posities in het abortusdebat tevreden te stellen. De ene zijde beschouwt abortus voornamelijk als een kwestie van volksgezondheid en de andere wil abortus als een uitzonderlijke situatie handhaven (hoorzitting van deskundige: Bérengère Marques-Pereira).

#### 4.2.3 Logica van de graduele waarde van het leven van de foetus

De argumenten die het leven van de foetus en dat van de zwangere vrouw met elkaar in evenwicht brengen, gaan er vaak ook van uit dat het embryonale of foetale leven een geleidelijke waarde krijgt naarmate de zwangerschap vordert (een opvatting die verschilt van de meest absolute standpunten, zoals die waarin wordt opgekomen voor de absolute waarde van het leven vanaf de bevruchting). Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek noemde dit type redenering de 'gradualistische benadering', volgens welke de ethische status van het embryo of van de foetus evolueert in de tijd (Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek, 2022). Bijgevolg bevat de overgrote meerderheid van de wetgeving die abortus onder meer of minder beperkende voorwaarden regelt, ook overwegingen en beperkingen met betrekking tot de maximale zwangerschapstermijn waarbinnen de abortus moet worden verricht, wat we het 'period-model' kunnen noemen (Minkenberg, 2003).

Het perspectief van een graduele waarde van het leven van de foetus gaat gewoonlijk gepaard met medische overwegingen betreffende de ontwikkelingsstadia van de foetus en de daarmee corresponderende abortusmethoden. Wetten die een regeling inzake zwangerschapstermijn bevatten combineren dus vaak filosofische overwegingen over het leven van de foetus met aandacht voor medisch-technische restricties en kennis. We moeten er ook op wijzen dat, hoewel sommigen hun gekozen maximale zwangerschapstermijn rechtvaardigen op basis van een beredeneerde argumentatie (hetzij in de wet, hetzij in voorbereidende werken), een dergelijke termijn in veel nationale wetgeving een stilzwijgend akkoord lijkt te zijn en vaak niet nader wordt gemotiveerd.

##### 4.2.3.1 Benchmark van het eerste trimester

Heel wat landen die het recht op abortus hebben geregeld, waaronder België, hebben een zwangerschapstermijn van maximaal 12 weken vastgesteld voor electieve abortus. Twaalf weken zwangerschap komt overeen met het eerste trimester en kan worden beschouwd als een benchmark in het zwangerschapsverloop. Deze benchmark moet echter worden besproken voorbij het louter arbitraire feit dat deze benchmark gehanteerd wordt om de zwangerschapsduur op te delen.

In het bekende Roe v. Wade-arrest van het Amerikaanse Hooggerechtshof uit 1973 (sindsdien opnieuw verboden) werd bepaald dat abortus moest worden toegestaan op basis van een trimesterkader: tijdens het eerste trimester van de zwangerschap werd de beslissing over abortus overgelaten aan het medisch oordeel van de arts die

de zwangere vrouw behandelde; in het tweede trimester kon de staat beperkingen op abortus invoeren op voorwaarde dat er een redelijk verband was met de gezondheid van de zwangere vrouw; in het derde trimester mocht abortus door de staten worden verboden (behalve bij bedreigingen voor de gezondheid van de vrouw), aangezien dit trimester van de zwangerschap geassocieerd werd met levensvatbaarheid van de foetus.<sup>91</sup> Het belangrijkste argument voor deze beslissing was dat abortus tot de twaalfde week, met de toen beschikbare abortustechnieken, een lager sterftecijfer had dan een bevalling (Rhoden, 1986). In het *Planned Parenthood v. Casey*-arrest van 1992 werd de eerste trimester benchmark geschrapt om alleen de benchmark van de levensvatbaarheid te behouden als maximale zwangerschapstermijn voor het bekomen van abortus (Beck, 2011). Toch is de termijn van 12 weken decennialang een belangrijk ijkpunt gebleven in abortuswetgeving, omwille van zowel medische aspecten als internationale jurisprudentie.

Toen abortus geleidelijk legaal en gereguleerd werd, hebben verschillende landen gekozen voor een model op basis van een trimesterkader. Hierin wordt de termijn van 12 weken genoemd als één van de twee relevante ijkpunten in de regulering van abortus (het andere zijnde levensvatbaarheid); een tendens die sommige auteurs toeschrijven aan de invloed van het *Roe v. Wade*-arrest (Erdman, 2017). Het concept van abortus tot de eerste 12 weken van de zwangerschap is behoorlijk invloedrijk. Ten eerste hanteren veel Europese landen deze zwangerschapstermijn als grens voor abortus. Het is niettemin interessant op te merken dat een deel van de landen rekent in weken na de bevruchting, en een ander deel in amenorroe. Dit komt *de facto* neer op een verschil van twee weken, ondanks de dominantie van het getal 12 in wetgeving.

Voorbeeld: de Ierse wet van 2018 stelt dat abortus nu (onder voorwaarden) legaal is tot 12 weken zwangerschap. In dit geval verwijst 12 weken echter niet naar het eerste trimester vanaf de bevruchting, maar naar een kortere periode. De tekst verklaart immers verder als volgt: “12 weken zwangerschap moet worden geïnterpreteerd in overeenstemming met het medische beginsel dat zwangerschap in het algemeen wordt gedateerd vanaf de eerste dag van de laatste menstruatieperiode van een vrouw”<sup>92</sup> - Dit betekent dat abortus feitelijk is toegestaan tot een zwangerschapsduur van 10 weken na de bevruchting (12 WA) (Carnegie en Roth, 2019).

Ten tweede wordt een drempel van 12 weken soms zonder degelijke onderbouwing gehanteerd, zelfs in recentere wetgeving, ondanks medische en technische ontwikkelingen op het gebied van abortus. Het Ierse voorbeeld toont aan dat de benchmark van 12 weken vaak meer conventioneel en symbolisch is dan representatief voor een universele objectieve grondgedachte.

<sup>91</sup> <https://supreme.justia.com/cases/federal/us/410/113/#163%E2%80%9366>.

<sup>92</sup> Eigen vertaling.

Maximale zwangerschapstermijnen en het gebruik ervan bij de regulering van abortus kunnen worden gelinkt aan een combinatie van juridische, technische, medische en sociale opvattingen over de ontwikkeling van de zwangerschap en de foetus. Wanneer de geneeskunde een onderscheid maakt tussen het eerste en het tweede trimester van de zwangerschap, is dat niet alleen om praktische redenen of louter om de ontwikkeling van de foetus uit te drukken. Het onderscheid wordt ook gemaakt met oog op de percentages spontane miskramen in die verschillende stadia van de zwangerschap. Naar schatting 15% van de vastgestelde zwangerschappen eindigt in een spontane miskraam tijdens het eerste trimester (Cohain *et al.*, 2017), terwijl ongeveer 80% van de miskramen tijdens het eerste trimester plaatsvindt (Dugas en Slane, 2022). Merk ook op dat een groot aantal zwangerschappen spontaan eindigt nog voordat de zwangerschap kan worden vastgesteld. Daarbij treedt naar schatting 40 tot 75% van de embryonale sterfte op vóór en tijdens de innesteling (Jarvis, 2017). Het risico van een spontane miskraam neemt aanzienlijk af na de eerste 12 weken van de zwangerschap. Op één lijn met die medische gegevens is het einde van het eerste trimester bijgevolg het moment waarop een (geplande) zwangerschap sociaal erkend en aangekondigd wordt, waarmee een einde komt aan een tijd van onzekerheid (Purcell *et al.*, 2017). Hieraan kan worden toegevoegd dat de meer recente praktijk van NIP-tests vanaf de 12e week van de zwangerschap deze grens nog meer benadrukt. De benchmark van 12 weken wordt dus sterk geassocieerd met het moment waarop de zwangerschap overgaat van een intieme toestand naar een toestand die maatschappelijk erkend kan worden. Ook al wordt dit motief noch in de wetteksten, noch in de debatten vermeld, toch moet het worden beschouwd als een factor die mogelijk de benchmark van 12 weken mee bepaalt.<sup>93</sup>

#### 4.2.3.2 Benchmark van de levensvatbaarheid van de foetus

In de context van abortusregulering gebaseerd op termijnmodellen, is een ander mogelijk maar controversieel ijkpunt de levensvatbaarheid van de foetus (de medische en ethische aspecten van dit ijkpunt worden uitgebreider uiteengezet in hoofdstuk 4.1.4.). Hoewel hierover geen consensus bestaat en de definitie van levensvatbaarheid blijft evolueren, lijkt het erop dat gesproken kan worden van levensvatbaarheid vanaf ongeveer 21-22 weken zwangerschap na de bevruchting.

Tot de argumenten die de levensvatbaarheid van de foetus als benchmark voor een termijnbeperking op abortus ondersteunen, behoort het idee dat, eens de foetus mogelijk kan worden geboren en kan overleven buiten de baarmoeder, die een juridische of morele status en bijhorende bescherming zou verwerven (Guillaume & Rossier, 2018; Victorian Law Reform Committee, 2008). Het debat dient echter ook rekening te houden met de afhankelijkheid van het begrip levensvatbaarheid van de stand van de steeds evoluerende medische en technologische kennis (Rhoden, 1986; Askola, 2018) en van het feit dat de notie levensvatbaarheid slechts refereert naar een abstracte waarschijnlijkheid (Ecker *et al.*, 2017; Erdman, 2017).

<sup>93</sup> Daarnaast kan worden opgemerkt dat sommige auteurs nog steeds verwijzen naar de 12e week van de zwangerschap als het moment waarop het embryo een foetus wordt (Requejo, 2011; Marta, 2020). Hoewel deze opvatting niet langer juist is (de embryonale fase wordt geacht te eindigen met het einde van de 8e week van de zwangerschap na de bevruchting (= 10e WA)), is het waarschijnlijk dat deze achterhaalde opvatting nog steeds een invloed kan uitoefenen op wetgevende besluitvorming.

De levensvatbaarheid kan niettemin passend worden gehanteerd als wat ze eigenlijk is: een maatstaf die gebaseerd is op medische en technische aspecten, en die een ethische grondslag biedt in de evenwichtsoefening tussen de lichamelijke autonomie van vrouwen en de graduele waarde toegekend aan ongeboren leven.

Voorbeeld: in Nederland staat de wet inzake abortus weliswaar de procedure van abortus op verzoek toe, maar artikel 82a van het Strafwetboek verbiedt het veroorzaken van de dood van een foetus waarvan redelijkerwijs kan worden verwacht dat hij buiten het lichaam van de zwangere vrouw in leven zal blijven. De wet vat levensvatbaarheid op als een fictieve hypothese die zich in de context van abortus nooit zal voltrekken, maar die niettemin bijdraagt tot het vaststellen van een maximumtermijn. Op het gebied van extreme neonatale zorg wordt erkend dat de situaties eigenlijk verschillend zijn en dat de verwachtingen die aan de zwangerschap worden gesteld in geval van extreme vroeggeboorte en abortus in het tweede trimester, weinig met elkaar gemeen hebben. Volgens een nationaal evaluatieverslag van de Nederlandse wet (ZonMw, 2020) wordt het onderscheid zowel door het grote publiek als door de gezondheidsprofessionals goed erkend. De conclusie van het verslag vermeldt: “Daarmee raken de ‘abortusgrens’ en de ‘behandelgrens’ elkaar, maar ze overlappen elkaar niet. Vanwege dat laatste is er geen aanleiding de levensvatbaarheidsgrens anders te operationaliseren dan de huidige 24 weken. (...) Het gaat kort gezegd om verschillende groepen waarover verschillende beslissingen worden genomen.” (ZonMw, 2020). De auteurs bevelen aan de termijn van 24 weken (WA) (22 weken na de bevruchting) te handhaven, maar ook de koppeling tussen neonatale zorg en abortus te nuanceren. De gedeelde benchmark is niet meer dan een indicatie, maar stelt de ethische inzet van beide vormen van zorg niet gelijk. De auteurs bevelen ook aan de tijdslimiet van 24 weken (WA) te verplaatsen van het strafwetboek naar de abortuswet zelf, als richtlijn voor de praktijk in plaats van als strafrechtelijke limiet. Ook moet worden opgemerkt dat ondanks de wet die abortus tot 22 weken na de bevruchting (24 WA) toestaat, de abortusklinieken gewoonlijk slechts abortus uitvoeren tot 20 weken en 2 dagen na de bevruchting (of 22 weken en 2 dagen WA), om een foutmarge in de geschatte zwangerschapsduur te behouden. Ondanks het gebruik van levensvatbaarheid in de Nederlandse abortuswetgeving moet eraan worden herinnerd dat levensvatbaarheid in Nederland niet als beperkend beginsel wordt gebruikt wanneer abortus wordt overwogen na een diagnose van letale en bijzonder ernstige foetale afwijkingen.<sup>94</sup>

Voorbeeld: in Groot-Brittannië stond de abortuswet van 1967 onder bepaalde voorwaarden abortus toe tot 26 weken (na de bevruchting). In 1990 werd de belangrijkste wet echter gewijzigd door de ‘Human Fertilisation and

Embryology Act’, waarbij de grens voor de zwangerschapsduur werd verlaagd van 26 weken naar 22 weken na de bevruchting (24 WA). De ratio legis voor dit amendement was de meer recente wetenschappelijke opvatting over de levensvatbaarheid van foetussen (Groot-Brittannië: Parlement: Lagerhuis: Science and Technology Committee, 2007).

#### 4.2.3.3 Benchmark van ontwikkeling van bewustzijn en pijnperceptie bij de foetus

Een van de redenen waarom het belang van het foetale leven wordt geacht gradueel toe te nemen naarmate het zich ontwikkelt, houdt verband met de geleidelijke ontwikkeling van lichaamskenmerken. Wanneer organen en zintuigen ontwikkelen, leidt dit ertoe dat de foetus steeds bewuster en potentieel autonomer wordt, en bijgevolg wordt beschouwd als dichter aanleunend bij een persoon. Het moment vanaf wanneer de foetus bewustzijn en pijn kan zou kunnen ervaren wordt door sommige wetgevers beschouwd als de drempel waarna de toegang tot abortus kan worden beperkt. Die overwegingen liggen ethisch en logisch gezien dicht bij twee principiële argumenten: de levensvatbaarheid enerzijds (besproken hierboven.), en het vermogen tot bewustzijn en pijn van de foetus anderzijds. Beide grenzen berusten op wetenschappelijke gegevens betreffende de ontwikkeling van de foetus en beide situeren zich rond een vergelijkbare periode.

Wetenschappelijke gegevens leiden tot de conclusie dat de belangrijkste elementen van het zintuiglijke systeem van de foetus pas na 22 tot 26 weken zwangerschap PC rijpen en dat pijn vóór die zwangerschapsduur niet bewust wordt gevoeld (zie hoofdstuk 4.1.3.). Zoals besproken in hoofdstuk 4.1.3., heeft een blijvende onenigheid over de intrede van foetale pijn echter tot gevolg dat wetgevende initiatieven die terugvallen op het argument van foetale pijn vaak verschillende grenzen hanteren.

Aan de hand van een redenering gebaseerd op foetale pijn hebben tevens een aantal Amerikaanse staten in het verleden abortussen trachten te verbieden. Zo keurde Nebraska in 2010 een verbod op abortus op 20 weken goed, terugvallend op wetenschappelijk bewijs dat suggereert dat foetussen van meer dan 20 weken in staat zijn pijn te voelen (Robertson 2011). Op basis van controversieel wetenschappelijk bewijs vechten anti-abortusgroepen in Mississippi eveneens voor een verbod op abortus, omdat ze ervan overtuigd zijn dat foetussen al vanaf 12 weken pijn voelen (Thill, 2022). Dit werd grondig bekritiseerd in een brief die door een aantal wetenschappers ter zake werd ondertekend:

“De standpunten van de Staat en zijn amici over ‘foetale pijn’ werden verworpen door vooraanstaande medische organisaties en worden tegengesproken door bewijsmateriaal dat door vakgenoten is getoetst. De Staat en zijn amici betogen ten eerste dat pijn mogelijk is zonder bewustzijn, en ten tweede dat de cortex niet noodzakelijk is om pijn te ervaren. Dit zijn ongefundeerde standpunten. Veelzeggend is dat verscheidene auteurs van de studies waarop de Staat en zijn amici zich beroepen, deze amicus-brief hebben ondertekend. Alleen al op basis hiervan komt het Hof tot de conclusie dat het standpunt van de Staat het werk van deze deskundigen en de

<sup>94</sup> Regeling van de minister van Veiligheid en Justitie en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2015, kenmerk 885614-145412-PG, houdende instelling van een commissie voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen.



wetenschap onjuist weergeeft. Dit Hof mag vaste jurisprudentie niet ontregelen op basis van ongefundeerde beweringen die in tegenspraak zijn met zowel wetenschappelijk bewijs als met de consensus van medische organisaties die dit Hof en anderen consequent als gezaghebbend hebben beschouwd.<sup>95</sup> – de Society for Maternal-Fetal Medicine (‘SMFM’), het American College of Obstetricians and Gynecologists (‘ACOG’), het Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (‘RCOG’), en de U.S. Association for Study of Pain (‘USASP’) – die allen het standpunt zijn toegedaan dat een foetus geen pijn kan ervaren vóór 24 weken zwangerschap. (Society For Maternal-Fetal Medicine *et al.*, 2021).

De benchmark van 22 weken na de bevruchting kan worden gezien als een benchmark die een juridisch antwoord biedt op de ethische bezorgdheid over de bewustzijnsriteria als potentiële grens voor de mogelijkheid om de zwangerschap af te breken.

Toch blijft dit onderwerp omstreden, waarbij sommige auteurs aanspraak maken op vroegere functionele structuren. Dit komt ook tot uiting in het feit dat wetten die terugvallen op het argument van foetale pijn vaak verschillende termijnen hanteren. Dit wijst erop dat er over dit onderwerp geen eensgezindheid bestaat, noch vanuit juridisch en ethisch oogpunt, noch vanuit medisch oogpunt. Het toont ook aan dat, net als bij het levensvatbaarheidsargument, wetgeving die gebaseerd is op een specifieke staat van ontwikkeling van de foetus, kan terugvallen op uiteenlopende interpretaties, maar naarmate de wetenschap evolueert, ook de toegang tot abortus kan veranderen.

#### 4.2.4 Abortus: een kwestie van rechten

Pleiten voor abortus als een recht in naam van de mensheid, het burgerschap of de reproductieve autonomie van de zwangere persoon, houdt in dat men moet begrijpen hoe men voortplanting, abortus of het leven van de foetus in dit perspectief beschouwt. De respectievelijke benaderingen in termen van reproductieve rechten – als mensenrechten of vrouwenrechten – of in termen van het recht op leven van de foetus, bepalen op welke specifieke juridische instrumenten of instellingen men beroep zal doen (op niveau van het nationale wetgevende apparaat, of op niveau van transnationale instellingen met meer of minder symbolische of uitvoerende macht).

In een klassiek essay van Judith Jarvis Thomson uit 1971 werd getracht de spanning tussen het respectieve recht op leven van de foetus en dat van de zwangere vrouw te bespreken, niet vanuit juridisch oogpunt, maar vanuit filosofisch oogpunt (Thomson, 1971). Via een reeks ethische argumenten komt zij tot de conclusie dat de zwangere vrouw (en haar keuze) voorrang heeft op het potentiële recht op leven van de foetus. Deze conclusie is voornamelijk gebaseerd op de veronderstelling dat

<sup>95</sup> Eigen vertaling.

de vrouw de rechten bezit over wat er in haar lichaam gebeurt – meer bepaald over alles wat afhankelijk is van haar lichaamsfuncties.<sup>96</sup> Zelfs in de veronderstelling dat de foetus een recht op leven heeft, bezit de foetus volgens Thomson geen recht op het gebruik van het lichaam van de vrouw (en dus evenmin op de voortzetting van de zwangerschap).

##### 4.2.4.1 Mensenrechtenbenadering

Abortus beschouwen als een kwestie van mensenrechten, is een punt van discussie. Verschillende gezondheidsrisico's die verband houden met zwangerschap kunnen de gezondheid of zelfs het leven van de zwangere vrouw in gevaar brengen. Toegang tot veilige abortus in dergelijke omstandigheden wordt dan ook gemakkelijk als een mensenrechten*issue* bekeken (Zampas en Gher, 2008). Abortus op verzoek en/of op socio-economische gronden wordt door supranationale en internationale gerechtelijke autoriteiten (bv. het Europees Hof voor de Rechten van de Mens) echter niet als een fundamenteel mensenrecht beschouwd, hoewel de gezondheidsrepercussies van onveilige illegale abortussen wel een mensenrechtenschending kunnen uitmaken (Cook en Dickens, 2003). Het is tevens op grond van mensenrechten dat sommige pro-life-activisten pleiten voor het recht op leven van de foetus, hoewel internationale gerechtelijke instanties dergelijke claims niet erkennen (Cook en Dickens, 2003; Zampas en Gher, 2008; Marques-Pereira, 2021) (zie ook het hoofdstuk 3.2: abortus vanuit mensenrechtelijk perspectief). Het mensenrechtendiscours kan dus in tegenstrijdige richtingen worden geïnterpreteerd, waarbij het idee dat er een evenwicht moet worden gevonden tussen de entiteit van de ongeboren foetus en de zwangere vrouw, vaak centraal staat.

##### 4.2.4.2 Vrouwenrechtenbenadering

Hoewel reproductieve rechten deel uitmaken van de mensenrechten en als universeel moeten worden beschouwd (bijvoorbeeld in de vorm van seksuele en reproductieve voorlichting, vrijheid van seksuele voorkeur, toegang tot reproductieve gezondheidsdiensten en steun voor ouderschap), heeft zwangerschap alleen betrekking tot het vrouwelijke voortplantingssysteem. Als zodanig, kan het vaak als een genderkwestie eerder dan als een universele kwestie worden benaderd. Vanuit dit perspectief kan men het idee ontwikkelen van specifieke reproductieve rechten voor vrouwen – niet als voorrecht “ten koste van mannen”, maar omdat hun reproductieve autonomie een voorwaarde is voor individuatie en burgerschap, waardoor zij volledig toegang krijgen tot mensenrechten (Marques-Pereira en Raes, 2002).

Het centraal stellen van individuatie komt voort uit een lange geschiedenis van instrumentatie of exploitatie van het voortplantingsvermogen van vrouwen. Binnen het feministisch materialisme hebben verschillende auteurs een parallel getrokken tussen productiemiddelen en reproductiemiddelen, aangezien die allebei waarde genereren en allebei kunnen worden ingepalmd voor winstcreatie (Héritier, 1996;

<sup>96</sup> Bijgevolg komt ze in haar redenering logischerwijs tot de conclusies dat het vermogen om te beslissen over het foetale leven dat zich *in utero* ontwikkelt, ophoudt na de levensvatbaarheid: indien de zwangerschap zou worden afgebroken nadat de foetus levensvatbaar is geworden, zou de levende, gezonde foetus het recht hebben om te leven.

Tabet, 2004; Rubin, 2010; Mathieu, 2013; Guillaumin, 2016). Door deze lens hebben zij uitgebreid onderzocht hoe het vrouwelijke voortplantingsvermogen is ingenomen en geëxploiteerd om een patrilineair nakomelingschap te handhaven, waardoor het privé-eigendom via mannelijke nakomelingen in stand kon worden gehouden. Dit systeem berust op een controle van de oorsprong van het vaderschap, waarbij een strikte controle van de vrouwelijke seksualiteit onontbeerlijk is. Een vrouwenrechtenperspectief op abortus lijkt aldus gepaard te gaan met aandacht voor lichamelijke, seksuele en reproductieve autonomie, als reactie op deze toegewezen rollen van moederschap en ingeperkte seksuele vrijheid.

Pleiten voor toegang tot autonomie en individuatie staat met andere woorden lijnrecht tegenover het louter beschouwen van vrouwen vanuit de lens van het moederschap (Mishtal, 2014; Erdman, 2017; Gijbels en Vanderpelen-Diagre, 2020). Sommige culturele of godsdienstige opvattingen die het moederschap sacraliseren, verzetten zich inderdaad tegen het recht op lichamelijke autonomie voor vrouwen (Marques-Pereira en Raes, 2002; Minkenberg, 2003). In de geschiedenis bestaan verschillende voorbeelden van natalistisch beleid, die zwaar wogen op de lichamelijke autonomie van vrouwen door zich in te laten met hun recht om te kiezen of en wanneer ze zwanger worden (David en Wright, 1971; Linders, 1998).

Voorbeeld: In Roemenië, na een periode van permissieve regeling van abortus die voortvloeide uit de Russische bolsjewistische revolutie en door de communistische regering werd geërfd, werd het Ceaușescu-tijdperk gekenmerkt door een strenge beperking van abortus (tussen 1967 en 1990) met als doel het geboortecijfer van het land te verhogen (David en Wright, 1971).

Het vermelden van reproductieve rechten in een genderperspectief maakt het noodzakelijk om het ook te hebben over seksuele rechten. Waar het beperken van de toegang tot abortus wordt gezien als een beperking van de lichamelijke autonomie van vrouwen, kan het ook worden gezien als een manier om vrouwen te straffen voor hun seksuele activiteit.

Door de nadruk te leggen op lichamelijke en reproductieve autonomie waarborgt deze benadering de mogelijkheid van keuze voor de vrouw boven andere randvoorwaarden. Hoewel morele argumenten en overwegingen kunnen meewegen bij de persoonlijke keuze voor abortus, behoren zij tot een andere sfeer, die ondergeschikt is aan de uitoefening van individuele rechten.

Dit betekent echter niet dat er geen wettelijke en praktische regelingen voor die keuze kunnen bestaan, zoals het vaststellen van een maximale zwangerschapstermijn (bijvoorbeeld om praktische of technische redenen in verband met risico's en/of beschikbare technieken). In de praktijk, proberen de meeste wetgevers een evenwicht te vinden tussen de overwegingen voor de verschillende betrokken partijen (zwangere vrouw, foetus, publieke opinie, medische opinie ...) en hun respectieve belangen. Voor de bepaling van een zwangerschapstermijn die zoveel mogelijk abor-

tusverzoeken omvat of voor de vaststelling van legitieme uitzonderingen zijn echter ook externe criteria nodig (ethische in het bijzonder). Deze voorbeelden illustreren hoe moeilijk het is om een vrouwenrechtenperspectief geïsoleerd toe te passen, zonder rekening te houden met op andere overwegingen, bijvoorbeeld van levensbeschouwelijke of morele aard of verband houdend met de volksgezondheid.

#### 4.2.5 Volksgezondheidsbenadering

In het grootste deel van Europa wordt abortus niet langer gezien als een zaak van leven of dood, dankzij een gegeneraliseerde toegang tot 'veilige abortuspraktijken' zoals gedefinieerd door de WHO. De rol van de staat komt er in dat geval op neer toe te zien op de omstandigheden waarin de procedure wordt uitgevoerd en eventueel de toegang of de voorwaarden te regelen – naast educatieve en preventieve opdrachten. Binnen een volksgezondheidsbenadering is het de taak van de overheid om zowel te zorgen voor toegang tot kwalitatieve abortuszorg, als om, door middel van educatie, het stigma dat soms nog aan abortus kleeft te reduceren: “Stigma is also still attached to abortion in high-income and low-income countries and in countries with liberal and restrictive abortion laws [43,44]. Because of prevailing stigma, women may prefer secrecy over safety and go to medically unqualified abortionists. In some settings, the number of providers willing to do the procedure is limited by the stigma associated with abortion, thereby obstructing women's access to a safe abortion” (Fathalla, 2020). Deze rol houdt ook in dat de staat vraagtekens zet bij het potentiële stigma dat aan wettelijke bepalingen is verbonden en dat kan wegen op de vrijheid en autonomie van burgers. De rol vereist ook aandacht voor mogelijke lacunes in of onverwachte toepassingen van de wet die van hun oorspronkelijke doel kunnen doen afwijken, zoals reeds in verscheidene landen is vastgesteld (Requejo, 2011; Avanza, 2022).<sup>97</sup>

##### 4.2.5.1 Abortus als methode voor geboorte- en bevolkingsregulering

Verschillende preventie-instrumenten, zoals anticonceptie of de verspreiding van informatie over reproductieve gezondheid, kunnen de rol van de staat op het gebied van volksgezondheid bij geboortebepaling en de preventie van ongewenste zwangerschappen ondersteunen. Abortus maakt soms deel uit van deze geboortereguleringsinitiatieven. Dit extreme gebruik van abortus is historisch en geografisch gesitueerd in de context van het USSR-beleid inzake gezondheid en seksualiteit. In de beginjaren van het communistische regime werd abortus niet alleen genormaliseerd in het kielzog van het beleid van seksuele vrijheid; de USSR was ook een pionier in de ontwikkeling van abortustechnieken (Claro, 2016). Hormonale of mechanische anticonceptiemethoden waren echter nauwelijks beschikbaar (Melani, 2005) en abortus werd dus duurzaam gebruikt als een geldige (en tamelijk veilige) geboortereguleringmethode, tot in de nadagen van het regime - als zodanig gepromoot door de staat.

<sup>97</sup> Met name de voorbeelden van de vorige Spaanse abortuswet, die ruimte liet voor de commerciële praktijk van abortus om pseudo-medische redenen (Requejo, 2011), of de mazen in de wet die door pro-life-activisten in Italië werden gevonden om bezit te nemen van de stoffelijke resten van foetussen geaborteerd om ze religieus te begraven, zonder toestemming van de vrouwen die de abortus ondergingen (Avanza, 2018, 2022).

Deze historische context maakt duidelijk waarom verschillende voormalige communistische landen, hoewel niet erg liberaal georiënteerd op het gebied van moraal, nog steeds relatief liberale wetten hebben met betrekking tot abortus en zwangerschapstermijnen (Rahman en Katzive, 1999; Guillaume en Rossier, 2018).

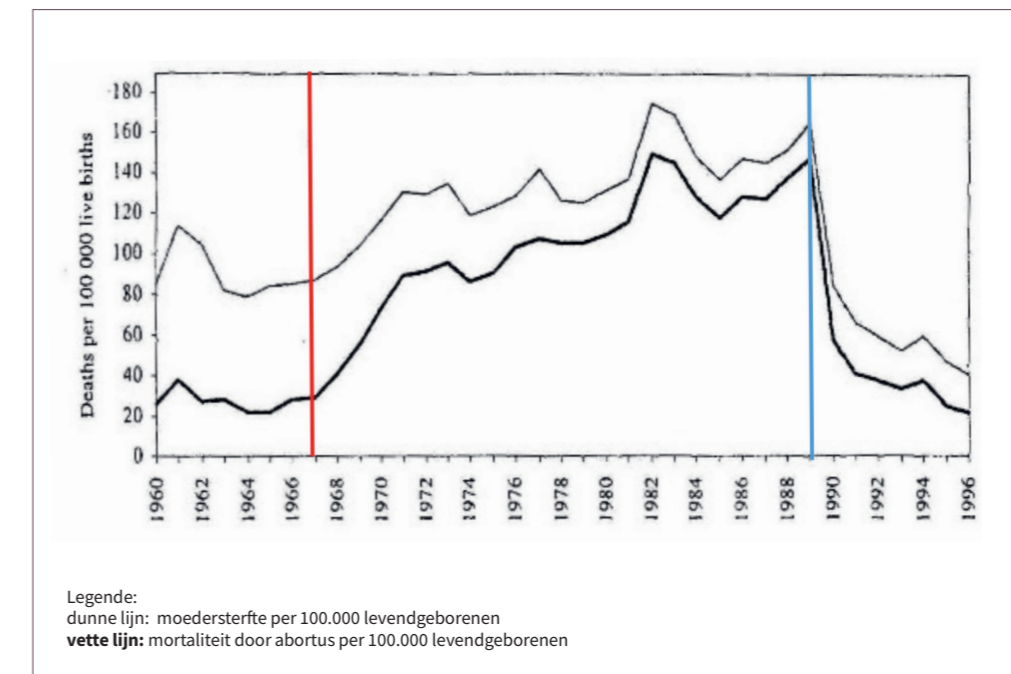
Anderzijds zijn sommige regimes van mening dat het ook de taak van de staat is om het geboortecijfer van de bevolking min of meer strikt te controleren. In een ander extreem voorbeeld is (gedwongen) abortus in China gebruikt als bevolkingsreguleringsmethode om doelstellingen op het gebied van reproductieve planning te bereiken die noodzakelijk werden geacht voor de economische ontwikkeling, eveneens in de context van het communistische regime en van zeer restrictieve geboortebeperkingscampagnes (Attané en Barbieri, 2009)

#### 4.2.5.2 Clandestiene abortussen en hygiënische omstandigheden

Een hedendaagse volksgezondheidsbenadering gaat samen met het idee dat het de rol van de staat is om te zorgen voor de algemene gezondheid van de burgers, zoals het geval is in opvattingen over de verzorgingsstaat. Wat abortus betreft, richt de volksgezondheidsaanpak zich vooral op de gevolgen van ongewenste zwangerschappen: aan hun lot overgelaten kinderen, armoede en clandestiene abortussen. Die benadering gaat ook gepaard met een preventiestrategie, met inbegrip van seksuele voorlichting en de verspreiding van anticonceptiemethoden, om het aantal ongewenste zwangerschappen die tot abortusprocedures zouden kunnen leiden, te verminderen. Dit type algemene volksgezondheidsstrategie verklaart de stabiele en lage abortuscijfers, met name in West-Europa (18 abortussen voor 1000 vrouwen van 15 tot 44 jaar op jaarbasis tussen 2010 en 2014), Noord-Europa (18 ‰) en Noord-Amerika (17 ‰) (Sedgh *et al.*, 2016; Guillaume en Rossier, 2018). Uit wereldwijde gegevens blijkt dat een op preventie gerichte volksgezondheidsaanpak, in combinatie met een geliberaliseerde en veilige toegang tot abortus, gepaard gaat met lagere abortuscijfers, en dit terwijl een beperkte toegang tot abortus niet gepaard gaat met lagere abortuscijfers.

Het belangrijkste doel van de volksgezondheidsbenadering is het voorkomen van clandestiene abortussen in slechte hygiënische omstandigheden, die meestal plaatsvinden wanneer abortus verboden is of de toegang ertoe sterk beperkt is (Shah en Åhman, 2012). Het Roemeense voorbeeld, hier beschreven, van een natalistisch beleid en sterke repressie van abortus tussen 1967 en 1990, heeft niet geleid tot een stijging van het geboortecijfer, maar tot een stijging van de vrouwensterfte, waaruit blijkt dat vrouwen die op brute wijze uit het stelsel van de gezondheidszorg werden geweerd, snel hun toevlucht namen tot clandestiene abortussen (zoals beschreven in hoofdstuk 2.2 en geïllustreerd door de onderstaande tabel).

Figuur 2 Effecten op de mortaliteit bij de invoering van een anti-abortuswet in Roemenië in november 1966 (rode lijn) en bij de legalisering van abortus in december 1989 (blauwe lijn)



Bron: World Health Statistics Annual, various years

De WHO schat dat wereldwijd elk jaar ongeveer 47.000 zwangere vrouwen sterven als gevolg van clandestiene abortussen.<sup>98</sup> Internationale organisaties zoals de WHO of de VN moedigen staten dan ook aan abortus minstens tijdens het eerste trimester en zo nodig ook langer te legaliseren.<sup>99</sup>

Voorbeeld: in Groot-Brittannië ontstond al in de jaren dertig bezorgdheid over onhygiënische clandestiene abortussen en de daarmee gepaard gaande moedersterfte. Een wet van 1929 opende de toegang tot therapeutische abortus in geval van vitaal risico voor de zwangere vrouw – maar op vrij vage gronden. Dit bracht sommige artsen ertoe om abortussen uit te voeren op bredere psychosociale gronden (Costa, 2009). Het is vooral op basis van deze precedentes en met het oog op de volksgezondheid dat de Abortion Act van 1967 abortus legaliseerde in Engeland, Wales en Schotland. Van dan af werd abortus niet langer als strafbaar feit gekwalificeerd als aan een reeks voorwaarden was voldaan en er specifieke redenen waren (Sheldon *et al.*, 2019). De uitvoeringsvoorwaarden vereisen dat abortussen worden uitgevoerd in erkende medische voorzieningen en onder medisch toezicht van geregis-

<sup>98</sup> <https://www.ohchr.org/fr/2016/09/unsafe-abortion-still-killing-tens-thousands-women-around-world-un-rights-experts-warn?LangID=F&NewsID=20600>.

<sup>99</sup> Ibidem.

treerde beroepsbeoefenaars (Pinter *et al.*, 2005). Abortus is legaal op basis van vijf hoofdredenen, en twee artsen moeten het er te goeder trouw over eens zijn dat aan een of meer van de volgende redenen is voldaan.<sup>100</sup>

- a) de voortzetting van de zwangerschap zou voor het leven van de zwangere vrouw een groter risico inhouden dan wanneer de zwangerschap zou worden afgebroken;
- b) de beëindiging is nodig om blijvende ernstige aantasting van de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw te voorkomen;
- c) de zwangerschap heeft de vierentwintigste week niet overschreden en de voortzetting van de zwangerschap zou een risico inhouden op aantasting van de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw;
- d) de zwangerschap heeft de vierentwintigste week niet overschreden en de voortzetting van de zwangerschap zou een risico inhouden op aantasting van de lichamelijke of geestelijke gezondheid van eventuele kinderen uit het gezin van de zwangere vrouw;
- e) er bestaat een groot risico dat het kind, indien het zou worden geboren, zodanige lichamelijke of geestelijke afwijkingen zou vertonen dat het ernstig gehandicapt zou zijn.  
(Groot-Brittannië: Parlement: Lagerhuis: Science and Technology Committee, 2007).

#### 4.2.5.3 Illegale abortussen binnen de staat

Illegale abortussen vinden niet noodzakelijk plaats in onhygiënische omstandigheden. In Frankrijk en België werden in de jaren voordat abortus werd gelegaliseerd, abortussen uitgevoerd door activisten met een geschikte medische opleiding en in goede omstandigheden. Sommigen van hen waren huisartsen of gynaecologen (Denis en Rokeghem, 1992; Donnay *et al.*, 1993; Ruault, 2021). Het doel was niet alleen vrouwen met een ongewenste zwangerschap te helpen en het sterftecijfer en de complicatiecijfers verbonden aan clandestiene abortussen te verminderen, maar ook publieke bekendheid te geven aan het feit dat abortussen courant waren en de praktijk te normaliseren. Daarmee wilden zij aantonen dat de staat, die abortus toch niet kan voorkomen, abortus moet legaliseren.

#### 4.2.5.4 Abortussen buiten de grenzen van de staat

In veel landen leiden restricties en voorwaarden voor de toegang tot abortus ertoe dat een aantal vrouwen in het buitenland een abortus ondergaat, hetzij omdat zij de zwangerschapstermijn die in het eigen land voor een abortus geldt, hebben overschreden, hetzij omdat zij niet aan de wettelijke voorwaarden voldoen (met name wanneer abortus alleen is toegestaan om redenen die een medische of andere reden vereisen).

<sup>100</sup> De onmiddellijke noodafbreking van de zwangerschap kan door één handelende arts worden uitgevoerd en gevalideerd om het leven van de zwangere vrouw te redden of om blijvende ernstige aantasting van de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw te voorkomen.

Ook internationale organisaties, zoals Women on Waves<sup>101</sup>, hebben het probleem van de toegang tot abortus aangepakt en manieren gevonden om veilige abortusmethoden aan te bieden waar abortussen niet legaal of niet beschikbaar zijn. De organisatie, die in 1999 is opgericht, biedt strategieën aan om nationale wetgeving te kunnen omzeilen, zoals het uitvoeren van abortussen aan boord van een schip dat in internationale wateren vaart en dat is uitgerust met medische abortusfaciliteiten. Recenter, in 2005, heeft zij een andere tak opgericht, Women on Web<sup>102</sup>, die medicamenteuze abortus aanbiedt door wereldwijd abortuspillen per post te versturen, samen met het aanbod van begeleiding en informatie over het zo veilig mogelijk maken van abortus.

Men zou kunnen stellen dat reizen met het oog op een abortus duidt op een falen van de rol en de verantwoordelijkheid van de staat op het vlak van volksgezondheid. Vanuit dit perspectief komt de staat niet tegemoet aan de behoeften van mensen die zo vastbesloten zijn een abortus te ondergaan dat zij bereid zijn naar het buitenland te reizen voor de procedure, ondanks de tijd en de kosten die dit met zich meebrengt (De Zordo *et al.*, 2021). Volgens een andere redenering is echter geen enkele staat verantwoordelijk voor buitenlandse wetten en wat die toestaan of verbieden, en mag de staat zich evenmin door die wetten laten beïnvloeden. Hoewel die redenering niet kan ontkend worden, vraagt de volksgezondheidsargumentatie niettemin aandacht voor de gevolgen van het (legale of illegale) handelen van burgers en de notie van gelijkheid tussen hen (en, in dit geval, voor de ongelijke situatie tussen vrouwen die in het buitenland een abortus kunnen ondergaan en vrouwen die dat niet kunnen betalen of organiseren).

Vanuit een autoritair perspectief kan het ook onaanvaardbaar worden geacht dat burgers zich onttrekken aan het door hun land vastgestelde rechtskader. Sommige landen hebben zelfs wetten aangenomen die het overschrijden van grenzen om een abortus te verkrijgen strafbaar stellen, hoewel dit soort wetten sinds 1991 door het Europees Parlement is veroordeeld (Pennings, 2002). Een relativistisch perspectief daarentegen verzet zich tegen de idee dat (toegang of gebrek aan toegang tot) abortustoerisme geen bezorgdheid van de staat zou zijn zolang de wetgeving van de staat wordt nageleefd, ongeacht wat er buiten zijn grenzen gebeurt.

#### 4.2.6 Technische aanpak: beschikbare procedures, technieken en geassocieerde risico's

Indien abortus wordt beschouwd als een volksgezondheidskwestie en moet worden gereguleerd vanuit het oogpunt van kwaliteit van gezondheidszorg, dan moet deze regulering gepaard gaan met risicovermindering. In verschillende landen wordt de regelgeving inzake abortus gebaseerd op beginselen van evidence-based risicobeperking. De wijdverbreide verplichting om abortus in een medische setting uit te

<sup>101</sup> <https://www.womenonwaves.org/>.

<sup>102</sup> <https://www.womenonweb.org/>.

voeren, weerspiegelt deze bekommernis (Berer, 2009). Ze kan evenwel ook tot uiting komen in de opgelegde maximale zwangerschapstermijn voor abortus, aangezien de procedure-risico's van abortus toenemen met de duur van de zwangerschap.

Zo was het eerdergenoemde Roe v. Wade-arrest, dat een eerste-trimester-benchmark voor abortus op verzoek vastlegde, gebaseerd op de respectieve sterftcijfers (ten tijde van het arrest) bij bevallingen en bij abortussen tot 12 weken zwangerschap.<sup>103</sup>

De veel recentere herziening van Franse maximale zwangerschapstermijn in 2020 was gebaseerd op soortgelijke overwegingen, ditmaal op basis van complicaties die zich voordoen bij abortussen op verschillende tijdstippen in de zwangerschap.

Voorbeeld: de Franse regering onderzocht in 2020 een wetsvoorstel om de zwangerschapstermijn voor abortus te verlengen van 12 naar 14 weken na de bevruchting. Het voorstel werd voorgelegd aan het Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE)<sup>104</sup>, dat zich vooral heeft uitgesproken over de kans op complicaties tussen 12 en 14 weken zwangerschap (Comité Consultatif National d'Ethique, 2020). Het comité heeft (op basis van de beschikbare wetenschappelijke literatuur) vastgesteld dat er weinig verschillen zijn tussen de twee termijnen van 12 en 14 weken na de bevruchting wat betreft de risico's die aan de abortusprocedure verbonden zijn. Het nam ook in aanmerking dat, ondanks het grote aantal abortussen dat bij minder dan 6 weken zwangerschap wordt uitgevoerd (ongeveer 50%), er nog steeds vrouwen waren die hun zwangerschap pas na 10 weken ontdekten (5,3% van de zwangerschapsafbrekingen). Het comité wees er ook op dat verscheidene praktische belemmeringen tot gevolg hadden dat er op het Franse grondgebied gemiddeld 7,4 dagen (variërend tussen 3 en 11 dagen) verstrijken tussen het eerste contact en de daadwerkelijke uitvoering van de abortus. Deze vertraging loopt op tot 3 à 5 weken voor vrouwen die hun zwangerschap na de 12e week ontdekken en in het buitenland een abortusoplossing zoeken. Op basis van deze vertragen en risico-overwegingen pleitte de CCNE voor een verlenging tot 14 weken zwangerschapsduur (na de bevruchting), wat in februari 2022 in de wet is opgenomen.

Het dient opgemerkt te worden dat in dit advies aandacht wordt besteed aan de bekommernis inzake de praktische consequenties van abortus buiten de landsgrenzen. Het advies suggereert dat de verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid niet ophoudt bij de grens: het ondergaan van een abortus in het buitenland verhoogt de zwangerschapsduur van de abortus aanzienlijk, waardoor vrouwen worden blootgesteld aan hogere risico's op complicaties, waarvoor de nationale wetgever verantwoordelijk is. We moeten benadrukken dat, ondanks specifieke risico's verbonden

aan abortusmethoden en zwangerschapsduur, abortussen die worden uitgevoerd in een veilige en gemedicaliseerde omgeving, in de wetenschappelijke literatuur nog steeds gepaard gaan met een lagere mortaliteit dan bevallingen (Raymond en Grimes, 2012; Janiak *et al.*, 2014; Purcell *et al.*, 2017).

#### 4.2.7 Huidige kadering in België

##### 4.2.7.1 Wet van 1990: een evenwicht tussen bezorgdheid over de volksgezondheid en de graduele waarde van de foetus

Dit onderdeel situeert de Belgische aanpak van abortus in de hierboven uiteengezette type argumenten en redeneringen. Al in de jaren 1970 en 1980 hebben verschillende vormen van verzet tegen een strikte abortusbeperking de overheid ertoe aangezet verantwoordelijkheid over de volksgezondheid op zich te nemen door middel van een vorm van overheidscontrole over abortus en anticonceptiemethode. Deze voor geschiedenis maakte de weg vrij voor de wet van 1990, die deze bekommernissen tot uitdrukking bracht op vlak van het juridische en van de medische praktijk.

De keuze voor een zwangerschapstermijn van 12 weken na de bevruchting (14 WA) kan in deze historische context worden begrepen als een uitdrukking van zowel de prominente rol van de 'eerste-trimester-benchmark', als van de invloed van andere nationale wetgevingen die in de voorgaande decennia werden aangenomen. Zoals uiteengezet in hoofdstuk 3, was de limiet van 12 weken het resultaat van het streven naar consensus tussen verschillende voorstanders van een gedeeltelijke legalisering van abortus. Dit proces illustreert de Belgische cultuur van compromissen tussen verschillende levensbeschouwelijke en politieke tradities. De strafbaarstelling van abortus, tenzij aan een reeks voorwaarden werd voldaan, gaf ook uitdrukking aan een moreel uitgangspunt dat principieel tegen abortus gekant is. De vereiste van de 'noodsituatie' voor de zwangere vrouw benadrukte eveneens dat een morele rechtvaardiging op dat moment noodzakelijk leek om abortus te legitimeren. De zwangerschap moet voor de zwangere vrouw schadelijk genoeg worden geacht om de beëindiging te rechtvaardigen, wat erop wijst dat het leven van de foetus en de 'noodsituatie' van de vrouw op gelijke morele hoogte worden gewaardeerd.

De verplichte wachttijd, voornamelijk ingegeven door het idee om vrouwen voldoende tijd te bieden om een bewuste beslissing te nemen, kan ook worden beschouwd als een vorm van bescherming van de foetus tegen een overhaaste beslissing, waardoor de voortzetting van de zwangerschap meer kansen krijgt (Minkenberg, 2003). Dit versterkt de hypothese dat het leven van de foetus het onderwerp vormt van een ethische arbitrage met de keuze van de zwangere vrouw, vanuit het idee dat het niet ondergaan van een abortus over het algemeen de voorkeur geniet boven het ondergaan van een abortus. Er werd ook kritiek geuit op de wachttijd omdat het zou kunnen duiden op een gebrek aan vertrouwen in het vermogen van vrouwen om een door dachte beslissing te nemen zonder dat iemand met gezag uitdrukkelijk zegt dat zij de tijd moeten nemen om na te denken, wat in sommige juridische commentaren wordt beschouwd als paternalistische houding (Victorian Law Reform Committee, 2008).

<sup>103</sup> Aangezien het sterftcijfer momenteel uiterst laag is dankzij de moderne en gemedicaliseerde abortustechnieken, is het niet langer een relevant gezondheidsrisico dat specifieke aandacht vereist.

<sup>104</sup> <https://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/2021-07/CCNE-%20saisine%20IVG.pdf>.

Kortom, het Belgische model dat met de wet van 1990 werd ingevoerd, drukt verschillende bekommernissen uit, en zoekt een evenwicht tussen volksgezondheidsoverwegingen en een logica waarin de graduele waarde van het leven van de foetus centraal staat. Het model van 1990 vertoonde talrijke overeenkomsten met bijvoorbeeld het Franse en het Duitse model, die in de wetenschappelijke literatuur worden gekwalificeerd als het ‘indication model’ en ‘distress model’ (Minkenberg, 2003). Abortus werd inderdaad alleen toegestaan onder bepaalde specifieke criteria (*indications*) – en alleen als een noodsituatie (*distress*) werd vastgesteld door gezondheidsprofessionals. In alle andere gevallen werd abortus gecriminaliseerd, wat betekent dat dit model “de prioriteit van het ongeboren leven benadrukt, maar de uiteindelijke beslissing overlaat aan de vrouw” (Minkenberg, 2003).<sup>105</sup>

#### 4.2.7.2 Wet van 2018: een stap op vlak van vrouwenrechten

Een belangrijke verschuiving in de wet van 2018 bestaat in de schrapping van de noodsituatie. Deze stap werd door actoren uit het werkveld en deskundigen positief beoordeeld, voor zover het betekent dat de aanpak evolueert in de richting van een meer complete en coherente volksgezondheidsbenadering en een grotere inachtneming van vrouwenrechten. Abortus voor 12 weken postconceptie hoeft niet langer te worden gerechtvaardigd door een noodsituatie en wordt in de eerste plaats bepaald door de wil en de keuze van de zwangere vrouw. Dit betekent een verschuiving naar een model van abortus op verzoek, wat betekent dat abortus niet langer afhankelijk is van een expliciet motief (psychosociaal, gezondheid of andere), zolang een bepaalde zwangerschapstermijn wordt gerespecteerd.

De verplichte wachttijd van 6 dagen en de zwangerschapstermijn van 12 weken werden in de wet van 2018 gehandhaafd, ondanks parlementaire discussies en hoorzittingen waarin een verkorting van de wachttijd en een verlenging van de zwangerschapstermijn werden overwogen. Het ontbreken van evolutie wat betreft deze aspecten lijkt te wijzen op een moeilijkheid om het gewicht dat wordt toegekend aan het leven van de foetus opnieuw in evenwicht te brengen in het licht van andere problemen. Wel werd een mogelijkheid tot verkorting of opheffing van de wachttijd ingevoerd, maar alleen wanneer gerechtvaardigd door dringende medische redenen, beoordeeld door de arts die de abortus uitvoert.

Een andere nieuwe bepaling sinds 2018 betreft zwangere vrouwen die op het moment van het abortusverzoek de twaalfwekentermijn naderen: voor hen blijft de wachttijd gehandhaafd, maar zij kunnen nu de twaalfwekentermijn overschrijden. Deze bepaling werd voorgesteld door de wetgever als een manier om te vermijden dat de wachttijd deze groep vrouwen de kans zou ontnemen hun zwangerschap af te breken. Bijgevolg kunnen sommige afbrekingen worden uitgevoerd tot 12 weken en 6 dagen na de bevruchting. Deze aanpassing wijst er echter ook op dat de handhaving van de wachttijd belangrijker werd geacht dan de grondgedachte achter de maximale zwangerschapstermijn voor abortusverstrekking – wat tegenstrijdig kan

<sup>105</sup> Eigen vertaling.

lijken in de door de wet vertoonde hiërarchie van argumenten. Men zou ook kunnen aanvoeren dat deze bepaling een interessant precedent heeft geschapen door de maximale zwangerschapstermijn voor abortus te verhogen, zij het in beperkte mate, zonder dat daarover een fundamenteel debat is gevoerd.

De kwestie van abortus in België kan niet los worden gezien van de nabijheid van Nederland als buurland, dat een hogere maximale zwangerschapstermijn voor abortus kent. Door deze situatie zullen Belgische vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap na 12 weken na de bevruchting bijna automatisch de tocht naar Nederland ondernemen met het oog op een abortus.<sup>106</sup> Dit plaatst België voor het ethisch dilemma een dynamiek te aanvaarden die naar nationaal recht illegaal is, maar in het buitenland legaal, en de praktische gevolgen daarvan te overwegen.

Een vaak gehoord argument in dit verband is het argument van de gelijkheid: hoewel de wet de burgers gelijk behandelt, is het verkrijgen van een abortus in het buitenland alleen mogelijk voor personen met voldoende financiële en materiële middelen (naast andere capaciteiten). Immers gaat abortustoerisme gepaard met hogere medische kosten en de organisatorische nood aan verlof, verblijf en vervoer. Gegevens die door het Wetenschappelijk Comité zijn verzameld via communicatie met Nederlandse abortusaanbieders, geven aan dat de kosten van een abortus in het tweede trimester in Nederland, gefactureerd door een abortuskliniek, worden geschat op €925 vóór de 18e week na de bevruchting en €1215 na 18 weken. Daaraan moeten de reis- en administratieve kosten bijgeteld worden.

Of men de zwangerschapstermijn op 12 weken nu baseert op een bezorgdheid over het leven van de foetus of op de verhoogde risico's die een abortus in het tweede trimester met zich meebrengt: de tijd die vrouwen die meer dan 12 weken zwanger zijn verliezen aan het voorbereiden en verkrijgen van een abortus in Nederland, leidt inherent ook tot een verdere ontwikkeling van de foetus. Vanuit dit perspectief stelt het Wetenschappelijk Comité dat de abortus van een onnodig meer ontwikkelde foetus niet beantwoordt aan de doelstellingen van volksgezondheid en risicobeperking en evenmin strookt met het argument dat het leven van een foetus een hogere waarde krijgt naarmate het zich ontwikkelt. Niettemin kan in deze context worden aangevoerd dat de staat niet verantwoordelijk is voor gebeurtenissen en wetgeving buiten zijn grenzen.

<sup>106</sup> Het is interessant op te merken dat in het geval van abortussen om medische redenen het omgekeerde gebeurt: aangezien België geen maximale zwangerschapstermijn oplegt voor medische abortus, reist een aantal Nederlandse patiëntes naar ons land voor een medische abortus na 22 weken zwangerschap na de bevruchting.

## 5. Analyse van de abortuspraktijk

### 5.1 Abortusmethoden

Hoewel abortusmethoden ouder zijn dan de medische discipline zelf, heeft de ontwikkeling van de moderne geneeskunde het mogelijk gemaakt abortusprocedures steeds veiliger te maken. Enerzijds is deze vooruitgang een van de factoren die wetgeving beïnvloedt, nu het een toenemende veiligheid en aanvaardbaarheid van abortus in de publieke opinie met zich meebrengt. Anderzijds heeft de legalisering van abortus op zich het mogelijk gemaakt veiliger en hygiënischer omstandigheden te bieden voor abortus, waardoor de weg is vrijgemaakt voor een positieve ontwikkeling op technisch gebied. Een kort overzicht van abortusmethoden doorheen de geschiedenis kan aldus bijdragen tot een beter begrip van de huidige situatie.

Hoewel een evaluatie van de huidige kennis over abortusmethoden nuttig lijkt om beslissingen inzake de abortuswetgeving te onderbouwen, benadrukken de leden van het Wetenschappelijk Comité dat de belangrijkste bepalende factor voor medische methoden de wetenschappelijke kennis moet zijn, die voortdurend evolueert, en dat geen enkele wet het gebruik van specifieke medische methoden, met name voor de abortuspraktijk, zou mogen regelen of beperken.

In dit onderdeel worden de bestaande abortusmethoden, hun respectieve voordelen en mogelijke complicaties beoordeeld. Hoewel abortusmethoden in het eerste trimester gangbaar zijn en de kennis over dit onderwerp gemakkelijk toegankelijk is, leek het noodzakelijk om ook deze te bespreken. Er zijn aspecten van continuïteit tussen abortusmethoden vóór en na 12 weken zwangerschap, en drempels en punten van verschil die het noodzakelijk maken een breed perspectief op de methoden in aanmerking te nemen.

#### 5.1.1 Korte geschiedenis van abortusmethoden in de 20ste eeuw

Tot het begin van de 20ste eeuw werden in onze streken clandestiene abortussen uitgevoerd door clandestiene personen door scherpe instrumenten door de baarmoederhals te steken om de vliezen te scheuren en een infectie te veroorzaken, met als gevolg de uitdrijving van de vrucht (Soudais, 2016). Kort daarna verscheen een andere methode, die bestond uit het inspuiten van zeepwater in de baarmoeder (*ibidem*). Deze handeling veroorzaakte weeën en na enige tijd de uitdrijving van de vrucht. Als er zeepwater in de bloedbaan terecht kwam, konden er ernstige complicaties optreden (stollingsproblemen, nier- en hersenletsel, luchtembolie). Het was bekend dat de risico's groot waren, met als gevolg dat veel vrouwen hun latere vruchtbaarheid of zelfs hun leven bij deze procedures verloren.

**Abortussen in het eerste trimester** werden in de loop van de 20ste eeuw aanvankelijk uitgevoerd met dezelfde methode die werd gebruikt voor de behandeling van onvolledige spontane abortussen (een zeer frequente gebeurtenis in het eerste trimester van de zwangerschap), genaamd “dilatatie en curettage” (D&C). Een belangrijke evolutie vond plaats in de jaren zestig (in de jaren zeventig in West-Europa), toen Harvey Karman, een Californisch psycholoog en activist voor het recht op abortus, een abortusmethode aan de hand van aspiratie, die oorspronkelijk afkomstig was uit China, internationaal begon te promoten (Pavard, 2009). De abortusmethode van vacuümaspiratie of zuigcurettage, die als een betere en veiligere procedure wordt beschouwd dan de klassieke D&C, wordt vandaag de dag nog steeds gebruikt.

Medicamenteuze abortus verscheen later, met de ontdekking van het anti-progesteronmedicijn RU486 in de jaren tachtig, en opende de weg voor een andere aanpak. RU486 of mifepriston is een synthetische steroïde die het belangrijkste bestanddeel vormt van de abortuspil methode die verloopt in twee stappen. Het werkt voornamelijk door de associatie met prostaglandinen, een klasse van menselijke stoffen die sinds de jaren dertig bekend is, maar vooral in het laatste kwart van de 20ste eeuw goed werd geïdentificeerd en geïsoleerd (Nobelprijs voor Bergström, Samuelsson en Vane in 1982).

**Een abortus in het tweede trimester** kan ook worden uitgevoerd met medicijnen (“medicamenteuze abortus”) of met instrumenten die via de baarmoederhals worden ingebracht (“chirurgische abortus”). In België wordt abortus in het tweede trimester alleen met de medicamenteuze methode uitgevoerd door verloskundige diensten wanneer de zwangerschap wordt afgebroken wegens een gevaar voor de gezondheid of het leven van de zwangere vrouw of wegens een ernstige foetale afwijking.

Onder de landen die electieve abortus tijdens het tweede trimester toestaan, bestaan er verschillende nationale voorkeuren voor medicamenteuze of chirurgische abortus. Voor abortus in het tweede trimester wordt chirurgische abortus sterk aanbevolen in Nederland, het Verenigd Koninkrijk (waar het 75% van de procedures boven 13 WA betreft) en de VS (Lerma en Blumenthal, 2020). In de Verenigde Staten wordt deze methode gebruikt voor 99% van de procedures tussen 13-15 weken zwangerschap (WA), 95% voor 16-20 weken en 85% voor >19 weken zwangerschap na de laatste menstruatie (Lohr, 2008). In Scandinavische landen, maar ook in Schotland en Vietnam, is medicamenteuze abortus de voorkeursoptie voor electieve abortussen in het tweede trimester (Lohr, 2008). Deze verschillende benaderingen worden meestal verklaard door historische praktijken, praktische beperkingen of de beschikbaarheid en opleiding van artsen, meer dan door de eventuele superioriteit van de ene methode tegenover de andere (Lohr *et al.*, 2008; Moreau *et al.*, 2011). De richtlijnen van de Britse vereniging van verloskundigen en gynaecologen (RCOG) en

van de Britse instelling die waakt over de kwaliteit van de gezondheidszorg (NICE) dringen aan op de noodzaak om beide methoden op nationaal niveau beschikbaar te hebben (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; National Institute for Health Care Excellence, 2019), aangezien beide door de aanbevelingen van de WHO als veilig en afdoend worden beschouwd, mits een aantal kwaliteitscriteria worden gevolgd (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022).

Enerzijds wordt chirurgische abortus in het tweede trimester beschouwd als een kortere procedure (deze kan ambulante worden uitgevoerd) en door de patiënten als minder pijnlijk gerapporteerd. Anderzijds vereist deze procedure algemene anesthesie of sedatie, kan ze meer stresserend zijn voor de arts en is er een zeer gespecialiseerde arts voor nodig. Medicamenteuze abortus in het tweede trimester vereist geen algemene anesthesie (hoewel pijnbestrijding voor de vrouw ten eerste wordt aanbevolen). Het gaat echter om een pijnlijkere procedure, die vrouwen met een ongewenste zwangerschap blootstelt aan het zien van de foetus en het ondergaan van een op een bevalling lijkende expulsie (Lohr *et al.*, 2008; Lerma en Blumenthal, 2020). Sommige vrouwen geven echter aan een medicamenteuze abortus te verkiezen om het gevoel te hebben dat ze een actieve rol hebben in de procedure (Azerot *et al.*, 2015). De meeste medische centra in België bieden sinds vele jaren locoregionale anesthesie (epidurale verdoving) aan voor medicamenteuze abortus in het tweede trimester (uitgevoerd om medische redenen).

### 5.1.2 Medicamenteuze abortus

Onder medicamenteuze abortus wordt verstaan het gebruik van geneesmiddelen om een abortus te bewerkstelligen, zonder gebruik te maken van chirurgie, instrumenten of algemene anesthesie. De meest gebruikelijke, veilige en aanbevolen methode voor medicamenteuze abortus is het gecombineerde gebruik van mifepriston en misoprostol (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). Als alternatief wordt ook de combinatie van letrozol plus misoprostol door de WHO als afdoend genoemd, met betere resultaten in vergelijking met het gebruik van misoprostol alleen.

Volgens het geneesmiddelenregister van de Europese Unie wordt mifepriston omschreven als “a synthetic steroid with an antiprogesterone action as a result of competition with progesterone at the progesterone receptors. During pregnancy it sensitises the myometrium to the contraction inducing action of prostaglandin.”<sup>107</sup> De commerciële naam van mifepriston is Mifegyne en het is verkrijgbaar in tabletten van 200 mg. Misoprostol (commerciële naam: Cytotec) is een synthetisch analoog van prostaglandine dat aanvankelijk bedoeld was voor de behandeling van maagzweren en nu ook wordt gebruikt voor de behandeling van onvolledige spontane abortus, het opwekken van de bevalling of als preventie of behandeling van bloedingen na de bevalling. De doeltreffendheid ervan als middel om de baarmoederhals voor te

<sup>107</sup> [https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007061427908/anx\\_27908\\_nl.pdf](https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2007/2007061427908/anx_27908_nl.pdf).

bereiden is in de jaren negentig vastgesteld (Ngai *et al.*, 1995) en is doeltreffender gebleken dan het gebruik van oxytocine, dat eerder werd aanbevolen. De combinatie van Mifegyne en Cytotec is momenteel het aanbevolen protocol voor geïnduceerde abortus, omdat deze methode efficiënter is gebleken dan alternatieven, hoewel het gebruik van misoprostol alleen een alternatieve oplossing biedt, maar minder doeltreffend (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022), en voornamelijk wordt gebruikt in landen waar mifepriston niet beschikbaar is.

#### 5.1.2.1 Eerste trimester

Voor medicamenteuze abortus in het eerste trimester bevelen de meeste nationale en internationale richtlijnen het gebruik aan van 200 mg orale mifepriston, 24 tot 48 uur later gevolgd door de inname van 800 µg misoprostol dat vaginaal, sublinguaal of buccaal wordt toegediend (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019; Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). Andere intervallen voor misoprostol (minder dan 24 u. of meer dan 48 u.) zijn ook denkbaar (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Indien de vrucht niet binnen de 4 uur wordt uitgedreven, moet nog eens 400 µg misoprostol worden ingenomen langs vaginale, buccale of sublinguale weg (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Er is geen ondergrens van zwangerschapsduur waarbij medicamenteuze abortus kan worden uitgevoerd (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Dit betekent dat het niet nodig is de zwangerschap via echografie zichtbaar te maken alvorens met mifepriston te beginnen (bij afwezigheid van tekenen of risicofactoren van een ectopische zwangerschap); het HCG dat op het moment van de inname van mifepriston wordt bepaald, moet 1 week (5-7 d.) later met >80% dalen. Als dit niet het geval is, moet een ectopische zwangerschap of een evolutieve zwangerschap worden uitgesloten.

In België worden de meeste medicamenteuze abortussen in het eerste trimester uitgevoerd door abortuscentra. Het gebruikelijke protocol in deze centra is om een medicamenteuze abortus aan te bieden door inname van mifepriston/misoprostol tot 7 weken na de bevruchting (9 WA), hoewel er lokale variaties en beperkingen kunnen zijn tot 5 weken post-conceptie (7 WA).

In Frankrijk staat de Haute Autorité de Santé een medicamenteuze abortus met inname van mifepriston/misoprostol toe tot 7 weken na de bevruchting (9 WA).<sup>108</sup> Nederland beveelt dezelfde bovengrens aan voor poliklinische medicamenteuze abortus.<sup>109</sup> In het Verenigd Koninkrijk (met uitzondering van Schotland) is het gebruikelijk om mifepriston/misoprostol te gebruiken voor poliklinische medicamenteuze abortus tot 7 weken en 6 dagen na de bevruchting (9 weken en 6 dagen na de laatste menstruatie).

<sup>108</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3223429/fr/interruption-volontaire-de-grossesse-par-methode-medicamenteuse-mise-a-jour).

<sup>109</sup> <https://www.thuisarts.nl/abortus/ik-ben-ongewenst-zwanger>.



### Self-managed of thuis uitgevoerde medicamenteuze abortus

Het faciliteren van volledige of gedeeltelijke *self-managed* abortussen (SMA) vormt een mogelijkheid tot verbetering van de toegang tot abortus. Het Wetenschappelijk Comité vat volledige SMA op als een abortus waarbij de vrouw alle stappen van de medicamenteuze procedure zelf beheert (bv. thuis) zonder zich fysiek te moeten richten tot een gezondheidsprofessional- of instelling. Gedeeltelijke SMA betekent dat slechts bepaalde stappen van de medicamenteuze procedure plaatsvinden in zelf-beheer en zonder fysieke aanwezigheid van de vrouw in een instelling voor gezondheidszorg (bv.: de eerste pil wordt thuis ingenomen, de expulsiefase vindt plaats in een abortuscentrum, of vice versa). Leden van het Wetenschappelijk Comité benadrukken dat inname van de eerste medicatie (mifepriston) thuis geen bijzondere risico's vormt, hoewel de expulsiefase vooral bij verder gevordere zwangerschappen een medische begeleiding of context vereist (wegens risico's op heviger bloeding, pijn, en confrontatie met grotere foetus).

Internationale richtlijnen bevelen aan dat er een gemakkelijke toegang tot counselingdiensten en/of medisch advies op afstand mogelijk wordt gemaakt en dat volledige self-managed abortion wordt beperkt tot abortussen in het eerste trimester (voor zwangerschapsduur van 10 weken zwangerschap of 12 weken sinds de laatste menstruatie) (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). Studies<sup>110</sup> wijzen op de veiligheid en effectiviteit van volledige *self-managed* abortus met medische begeleiding op afstand tot minstens 10 weken zwangerschap (12 weken sinds de laatste menstruatie) (Conti en Cahill, 2019).

Een gebrek aan medische infrastructuur of crisissomstandigheden zoals de COVID-19-pandemie zijn voorbeelden van situaties waarin uitgebreid gebruik is gemaakt van thuis uitgevoerde medicamenteuze abortus. Schotland, bijvoorbeeld, volgt de richtlijnen van de WHO en het RCOG en stelt een thuis uitgevoerde medicamenteuze abortus voor tot 9 weken en 6 dagen zwangerschap na de bevruchting (11+6 WA) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022; Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). In België werden tijdens de COVID-19-pandemie thuis uitgevoerde medicamenteuze abortussen toegepast binnen dezelfde termijn.

<sup>110</sup> Vóór COVID-19 was het in Engeland en Wales de norm dat er een persoonlijke consultatie was met een echografie; het mifepriston-tablet werd in de kliniek toegediend en de patiënte kreeg de misoprostol-tabletten mee om deze 24 tot 48 uur later thuis te gebruiken. Tijdens de crisis werden, in het kader van de dringend vastgestelde nieuwe richtlijnen, consulten per telefoon of videogesprek aangemoedigd; een echografie was alleen vereist indien er hiervoor indicaties bestonden (onduidelijke laatste menstruatie, tekenen of risicofactoren van ectopische zwangerschap, complexe medische situatie of wens van de patiënte). Mifepriston mocht thuis worden ingenomen tot 7 weken en 6 dagen na de bevruchting (9 weken en 6 dagen na de laatste menstruatie), samen met inname van misoprostol. De medicatie werd thuis bij de patiënte afgeleverd. De patiënten controleerden effectiviteit van de afbreking van de zwangerschap met een laaggevoelige zwangerschapstest (die een HCG van >1000 detecteert) 2 tot 3 weken na de abortus. In totaal werden tijdens de studieperiode 52.142 medicamenteuze abortussen uitgevoerd; 22.158 in het traditionele cohort en 29.984 in het telegeneeskunde-hybride cohort. In het telegeneeskunde-hybride cohort werden 18.435 (61%) behandelingen verricht via telegeneeskunde en 11.549 (39%) in persoon. Er was een 24-uurs telefoondienst beschikbaar in geval van problemen. Uit de resultaten blijkt dat de toegang bij telegeneeskunde beter was: 40% van de abortussen vond plaats 4 weken na de bevruchting of minder (6 weken na de laatste menstruatie) tegenover 25% in het traditionele cohort. Het telegeneeskunde-hybride model was veilig, doeltreffend en aanvaardbaar voor de patiënten. Vanwege deze goede resultaten is deze manier van werken in Engeland en Wales officieel ingevoerd om te blijven na COVID-19 (Aiken et al., 2021).

Deze ervaringen wijzen erop dat een grotere toegang tot abortus zou kunnen worden bevorderd via thuis uitgevoerde en gedeeltelijk *self-managed* abortusprocedures. De mogelijkheid van een medicamenteuze abortus in een medische faciliteit moet echter altijd worden aangeboden. De medische, sociale of psychologische toestand van sommige patiënten kan immers verdere aanwezigheid en bijstand vereisen tijdens de expulsiefase.

Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat, hoewel thuis uitgevoerde abortussen tot 9 weken en 6 dagen na de bevruchting (11+6 WA) zijn uitgevoerd in de context van een volksgezondheids crisis, *self-managed* abortus door patiënten na 7-8 weken zwangerschap na de bevruchting (9-10 WA) niet noodzakelijk als goede medische praktijk beschouwd wordt, vanwege de grootte van de foetus en de intensiteit van de weeën.

#### 5.1.2.2 Tweede trimester

Voor medicamenteuze abortus na 10 weken na de bevruchting (12 weken na de laatste menstruatie) bevelen de meeste nationale en internationale richtlijnen het gebruik aan van 200 mg orale mifepriston, 36 tot 48 uur later gevolgd door opname in het ziekenhuis en herhalingsdoses van 400 µg misoprostol dat om de 3 uur vaginaal, sublinguaal of buccaal wordt toegediend tot aan de bevalling (ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; Best practice in abortion care 2022 RCOG, Wereldgezondheidsorganisatie, 2022).

Het RCOG en de ESHRE Capri Workshop Group bevelen het uitvoeren van foeticide<sup>111</sup> aan voor abortus na 19 weken en 6 dagen zwangerschap na de bevruchting (21+6 WA) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011) of in de periode van minimale levensvatbaarheid (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). De VVOG adviseert om foeticide aan te bieden vanaf 20 weken na de bevruchting (22 WA), hoewel sommige ziekenhuizen het beleid hebben om deze iets eerder of later uit te voeren (de protocollen van ziekenhuizen variëren tussen 16-22 weken na de bevruchting, of 18-24 weken na de laatste menstruatie). Het doel is om tekenen van leven bij de bevalling te voorkomen.

<sup>111</sup> Foeticide wordt uitgevoerd via een intracardiale injectie van kaliumchloride (KCl) of digoxine. Patricia Lohr, de door het Comité gehoorde Britse deskundige, beveelt de injectie van kaliumchloride aan, waarvoor ze opmerkt dat deze effectiever is dan de injectie van digoxine. Ze beveelt aan transabdominaal te injecteren, met echogeleiding, in de hartkamer of de borstkas van de foetus (Lohr, 2008). Digoxine kan worden toegediend als een intra-amniotische injectie of via een intrafoetale injectie, waarbij de laatste effectiever en sneller is gebleken (Lerma en Blumenthal, 2020). Als de navelstreng kan worden bereikt, worden eerst curare (Esmeron) om de bewegingen te stoppen en een opioïde verdovingsmiddel (fentanyl) ingespoten, gevolgd door lidocaine (Xylocaine) om de hartslag te stoppen. Als de navelstreng niet kan worden bereikt, worden eerst curare en fentanyl bij de foetus ingespoten (intramusculaire injectie), gevolgd door een intracardiale injectie van kaliumchloride (KCl).

### 5.1.2.3 Sedatie en pijnbestrijding voor de zwangere vrouw

De WHO besteedt veel aandacht aan pijnbestrijding voor de patiënte bij medicamenteuze abortus, met specifieke aandacht voor vrouwen met een zwangerschapsduur van meer dan 12 weken (14 WA). Het type routinematig aangeboden medicatie moet niet-steroïde anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's) omvatten, terwijl aanvullende anti-emetica en locoregionale anesthesie soms nodig zijn (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). Het RCOG en de ESHRE Capri Workshop Group adviseren naast NSAID's ook pijnbestrijdingsopties, vooral in het tweede trimester: opioïden (ESHRE Capri Workshop Group, 2017) of narcotische pijnstillers (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

### 5.1.3 Chirurgische abortus

Wat chirurgische abortus betreft, verschillen de methoden aanzienlijk tussen het eerste en het tweede trimester. Chirurgische abortus in het eerste trimester wordt meestal uitgevoerd aan de hand van vacuümaspiratie, terwijl chirurgische abortus via dilatatie en evacuatie (D&E) wordt aanbevolen in het tweede trimester. D&E omvat het instrumenteel leegmaken van de inhoud van de baarmoeder via de verwijde baarmoederhals. Het is de gewoonte dat de term D&E wordt gebruikt voor elke chirurgische abortus in het tweede trimester, hoewel is beschreven dat een specifieke aspiratiemethode kan worden uitgevoerd tot 14 weken zwangerschap PC (16 WA) met behulp van grotere canules in zeer getrainde handen (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022).

#### 5.1.3.1 Eerste trimester

Als chirurgische methode wordt aspiratie aanbevolen in het eerste trimester vanwege de veiligheid en de effectiviteit (ESHRE Capri Workshop Group, 2017; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; Wereldgezondheidsorganisatie, 2022). De voorbereiding van de baarmoederhals vóór een chirurgische abortus wordt aanbevolen voor alle patiënten, omdat deze het risico van onvolledige abortus vermindert en de dilatatie vergemakkelijkt (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

Vóór 10 weken zwangerschap na de bevruchting (12 weken na de laatste menstruatie) wordt de voorbereiding van de baarmoederhals als volgt aanbevolen:

- mifepriston 200 mg oraal, 24-48 uur voor de ingreep, of
- misoprostol 400 microgram sublinguaal, 1-2 uur voor de ingreep, of
- misoprostol 400 microgram vaginaal of buccaal, 2-3 uur voor de ingreep

Tijdens de vacuümaspiratie moet de baarmoeder worden geledigd met alleen een zuigcanule (en eventueel een tang). De procedure mag niet routinematig worden voltooid met een scherpe curettage (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022).

#### 5.1.3.2 Tweede trimester

**D&E** wordt nu beschouwd als een veilige en spoedige chirurgische abortusmethode in het tweede trimester (Lohr, 2008). De D&E-methode impliceert een eerste stap die bestaat uit de verwijding van de baarmoederhals, gevolgd door de verwijdering van de foetus en de placenta (Lerma en Blumenthal, 2020).

De voorbereiding/dilatatie van de baarmoederhals wordt bewerkstelligd met behulp van osmotische dilatatoren of medicatie zoals mifepriston en misoprostol, of de combinatie van osmotische dilatatoren en mifepriston of misoprostol of beiden (mifepriston en misoprostol) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019; Wereldgezondheidsorganisatie, 2022),

De verdere dilatatie van de baarmoederhals gebeurt met dilatatoren (bijvoorbeeld Hegar dilatators of Hawkin Ambler dilatators). Nadien gebeurt de extractie van de foetus.

Na het afklemmen van de navelstreng worden de foetus en de placenta verwijderd met een stevige, langwerpige extractietang. Gewoonlijk wordt de foetus voor de verwijdering instrumenteel uit elkaar gehaald. De procedure eindigt met een laatste aspiratie, om eventueel resterend bloed of weefsel te verwijderen (verklaring van Raina Brethouwer; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; Lerma en Blumenthal, 2020). Een controle-echo na de procedure is meestal aan te bevelen (verklaring van Raina Brethouwer).

#### 5.1.3.3 Sedatie, anesthesie en pijnbestrijding voor de zwangere vrouw

Zowel de WHO als het RCOG bevelen het facultatief gebruik aan van algemene anesthesie voor chirurgische abortus, vooral vóór 12 weken post-conceptie (14 weken na de laatste menstruatie). Voor de zwangerschappen van minder dan 12 weken, gaat anesthesie gepaard met hogere percentages van complicaties (met name bloedingen en perforaties) en een langer verblijf in het ziekenhuis dan voor procedures zonder algemene anesthesie. De redenering is dat andere vormen van sedatie, die hierna worden beschreven, zeer of meer doeltreffend kunnen zijn wat betreft pijnbestrijding voor de vrouw, preventie van complicaties voor de arts, en het feit dat voor abortus in het eerste trimester geen operatiekamer nodig is, terwijl dat bij algemene anesthesie wel het geval is.

Pijnbestrijding bij de patiënt wordt aanbevolen in de vorm van pijnmedicatie met NSAID's, paracervicale blok met een lokaal verdovingsmiddel en – indien beschikbaar en gewenst door de vrouw – bewuste sedatie. Daarnaast is voor chirurgische abortussen in het tweede trimester ook pijnbestrijding nodig tijdens de voorbereiding van de baarmoederhals met osmotische dilatatoren: NSAID's, paracervicale blok, evenals sedatie in het geval van een D&E. Het gebruik van intravaginale gel moet ook worden overwogen. (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011, 2022; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; Wereldgezondheidsorganisatie, 2022).

#### 5.1.4 Huidig gebruik volgens de context

Momenteel is electieve abortus in België beperkt tot zwangerschappen van minder dan 12 weken na de bevruchting (14 WA). In de praktijk zijn de belangrijkste methoden – zowel in abortuscentra als in ziekenhuizen – medicamenteuze abortus of chirurgische abortus, voornamelijk via vacuümaspiratie, of in sommige gevallen via D&E. Met de wetsaanpassingen van 2018 kan de verplichte wachttijd van zes dagen, indien het abortusverzoek minder dan 6 dagen voor het einde van de periode van 12 weken plaatsvindt, nu de termijn van 12 weken overschrijden, wat leidt tot het uitvoeren van abortus bij zwangerschappen van meer dan 12 weken na de bevruchting, waarvoor dus D&E nodig kan zijn (zie voor nadere uitleg hoofdstuk 3: Analyse van abortuswetgeving).

Belgische abortusklinieken begeleiden momenteel medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen tot 7 weken na de bevruchting (9 WA).<sup>112</sup> Deze praktijk zou kunnen worden uitgebreid tot latere zwangerschapsperiodes, steeds onder medisch toezicht tijdens de expulsie fase. Chirurgische abortus door vacuümaspiratie wordt over het algemeen geadviseerd tot 12 weken na de bevruchting (14 weken na de laatste menstruatie) (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022).<sup>113</sup> De keuze van de methode wordt gewoonlijk samen door de arts en de patiënte bepaald, afhankelijk van de medische indicaties, de zwangerschapsduur, de voorkeur van de patiënte en de beschikbare medische apparatuur.

In het geval van een medische abortus is de situatie heel anders. Vóór 12 weken zwangerschap na de bevruchting kan een zwangerschap wegens een foetale afwijking of een gezondheidsprobleem bij de zwangere vrouw zowel chirurgisch als via medicatie worden afgebroken (zoals bij zwangerschapsafbrekingen zonder medische indicatie). Vacuümaspiratie vóór 12 weken na de bevruchting kan worden uitgevoerd in het ziekenhuis (onder algemene anesthesie of lokale anesthesie), maar ook in de gespecialiseerde abortusklinieken en abortuscentra (onder lokale anesthesie).

Zwangerschappen van meer dan 12 weken zwangerschap na de bevruchting die om medische redenen worden afgebroken, worden in ziekenhuizen in België eveneens afgebroken met het medicatieschema in twee stappen met mifepriston en misoprostol. Bij een gevorderde zwangerschapsduur wordt de foetale sterfte (ook bekend als “foeticide”) geïnduceerd vóór de medicamenteuze procedure om te voorkomen dat de neonaat de uitdrijving overleeft. Combinatieschema’s van mifepriston en misoprostol of misoprostol alleen leiden op zichzelf immers niet tot het afsterven van een levensvatbare foetus (Wereldgezondheidsorganisatie, 2012). Foeticide wordt

<sup>112</sup> <https://abortus.be/hoe-verloopt-een-abortus/de-medicamenteuze-behandeling/>. Er bestaan kleine verschillen tussen de protocollen van de ziekenhuizen wat betreft de gebruikte medicatie en de bijbehorende zwangerschapsduur.

<sup>113</sup> De WHO wijst erop dat de geschiktheid van bij verschillende zwangerschapsduur mede afhankelijk is van de opleiding en de toegang tot instrumenten: “Zo kunnen de meeste opgeleide zorgverleners op een veilige manier een vacuümaspiratie uitvoeren tot 12 weken zwangerschap, terwijl anderen met voldoende ervaring en toegang tot canules van een geschikte grootte deze procedure veilig kunnen gebruiken voor het afbreken van zwangerschappen van minder dan 15 weken” (Wereldgezondheidsorganisatie, 2012).

uitgevoerd via een korte invasieve echogeleide procedure onder plaatselijke verdoving, waarbij via de navelstrengader en/of het hart van de foetus een middel wordt toegediend dat een foetale hartstilstand veroorzaakt. Chirurgische D&E wordt momenteel in België niet vaak toegepast om een latere zwangerschap met een gezondheidsprobleem bij de zwangere vrouw of de foetus af te breken. Mogelijke verklaringen zijn: de mogelijke noodzaak van een postmortale autopsie of postmortale beeldvorming (MR, CT ...) waarvoor een intacte foetus nodig is; de mogelijke wens van de vrouw/het koppel om een intacte foetus te zien na de expulsie; het gebrek aan professionele vaardigheden voor het uitvoeren van D&E; een potentieel risico op complicaties die de toekomstige vruchtbaarheid in gevaar kunnen brengen (Scholten *et al.*, 2013)<sup>114</sup>; een algemene voorkeur van de betrokken gezondheidswerkers voor medicamenteuze abortus vanwege de minder actieve betrokkenheid bij de procedure in tegenstelling tot deze bij D&E.<sup>115</sup> Hoofdstuk 5.3 bespreekt de juridische en praktische context van abortusprocedures om medische redenen die verband houden met een gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw of de foetus.

#### 5.1.5 Complicaties

Het is moeilijk om uitgebreide vergelijkende gegevens te verkrijgen over de complicaties bij deze twee abortusmethoden: “Complicaties na zowel chirurgische als medicamenteuze abortus komen niet vaak voor, maar nationale gegevens over complicatiecijfers worden niet routinematig verzameld, zelfs niet in landen met degelijke registers” (ESHRE Capri Workshop Group, 2017).

Complicatie *rates* lijken geen voorkeursmethode te suggereren, maar zijn eerder indicatoren voor protocollaire verbeteringen en aandachtspunten tijdens de procedure en de opvolging. De risico’s en de kans op complicaties nemen toe met de zwangerschapsduur waarop de abortus wordt uitgevoerd (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Medicamenteuze en chirurgische abortus hebben echter nog steeds een lagere morbiditeit en mortaliteit dan een zwangerschap die wordt uitgedragen en gevolgd door een bevalling (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Met betrekking tot abortus in het tweede trimester bevelen de richtlijnen van het NICE en het RCOG aan om de patiënte een keuze te geven wat betreft de methode, aangezien er geen significant verschil is in complicaties (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; National Institute for Health Care Excellence, 2019). Deze aanbeveling berust op een evaluatie van de volgende complicaties: ernstige bloeding, onvolledige abortus, baarmoederletsel, infectie.

<sup>114</sup> De studie vergelijkt vrouwen die een eerdere abortus hebben gehad met degenen die geen abortus hebben gehad. De algemene risico’s van chirurgische abortus werden in de studie als laag beschouwd. Bovendien werden in de studie geen exacte gegevens verzameld over de gebruikte methode, wat het moeilijk maakt te beoordelen of de gevonden risico’s vergelijkbaar of verschillend zijn voor chirurgische en medicamenteuze abortus.

<sup>115</sup> Redenen vermeld in de nog te publiceren studie van F. De Meyer *et al.*, waarin 23 Vlaamse ziekenhuisgynaecologen werden geïnterviewd die betrokken zijn bij de besluitvorming over zwangerschapsafbreking na 12 weken. Zie ook (Harries en Constant, 2020).

In een vergelijkende studie werd het sterftecijfer voor abortus in elke zwangerschapsfase in de Verenigde Staten tussen 2000 en 2009 vastgesteld op 0,7 per 100.000 procedures (Raymond *et al.*, 2014). Dit cijfer werd vervolgens vergeleken met het sterftecijfer in een vergelijkbaar tijdperk bij plastische chirurgie door erkende instellingen in Florida (0,8 per 100.000 procedures) of in het hele land (1,7 per 100.000 procedures). De studie concludeert dat de risico's in verband met abortus in vergelijking met poliklinische procedures aanvaardbaar zijn. Ter vergelijking: de moedersterfte bij de geboorte in België wordt geschat op 4,1 per 100.000 levendgeborenen in 2017 (Wereldgezondheidsorganisatie, 2019), hoewel voorlopige resultaten van het Belgische analysesysteem voor moedersterfte (BAMM) een voorlopige indicatie geven van veel hogere percentages.<sup>116</sup>

#### 5.1.5.1 Medicamenteuze abortus

**Onvolledige abortus** is de meest voorkomende complicatie bij medicamenteuze abortus. Ondanks een correcte toediening van de farmaceutische producten kan de aanwezigheid van achtergebleven foetaal weefsel worden waargenomen. In dat geval is een chirurgische ingreep nodig (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Naar schatting 2 tot 5% van de zwangerschappen die worden afgebroken met de combinatie van mifepriston en misoprostol vereisen een verdere chirurgische ingreep om achtergebleven weefsel te verwijderen (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Het RCOG geeft aan dat er voor zwangerschappen tot 12 weken na de bevruchting (14 WA) bij medicamenteuze abortus een grotere kans is op een onvolledige abortus dan bij chirurgische abortus met vacuümaspiratie (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Bij vroegere zwangerschappen heeft medicamenteuze abortus echter betere resultaten dan chirurgische abortus wat betreft de risico's van een onvolledige abortus. Een studie van 4.132 gevallen van medicamenteuze abortus bij minder dan 7 weken zwangerschap na de bevruchting (9 WA) laat een percentage zien van 1,6% voor onvolledige abortus en 0,3% voor evolutieve zwangerschap (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Het RCOG beveelt aan om te vertrouwen op klinische tekenen in plaats van op echografische beelden, die mogelijk misleidend zijn, om een vermoedelijke onvolledige abortus te identificeren (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Alarmerende symptomen zijn vaginale bloeding en buikpijn. Protocollen voor risicobeperking omvatten de afwezigheid van het gebruik van echografie (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011; ESHRE Capri Workshop Group, 2017; National Institute for Health Care Excellence, 2019), evenals een interval van ten minste 24 uur tussen de inname van mifepriston en misoprostol (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). De reden om geen echografie te gebruiken ligt in het feit dat heterogene en moeilijk te interpreteren echografiebeelden kunnen leiden tot een verkeerde diagnose van placentarest en een daarop-

volgende onnodige behandeling. In plaats daarvan wordt een vervolgbezoek na 2 tot 3 weken geadviseerd, om een lege uterus vast te stellen. Het RCOG beveelt ook een systematische antibioticaprofylaxe aan, zelfs als er geen vermoeden van infectie bestaat, vóór de chirurgische verwijdering van achtergebleven weefsel (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

**Bloeding:** Het RCOG stelt dat minder dan 0,2% van de procedures wordt gecompliceerd door een bloeding van meer dan 500 ml en het percentage dat een transfusie nodig heeft kleiner is dan dat. Het risico is lager voor vroege abortussen (0,88 op 1.000 bij minder dan 11 weken na de bevruchting) dan voor late abortussen (4,0 op 1.000 bij meer dan 18 weken na de bevruchting) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). Hoewel bloedingen kunnen voorkomen bij elke abortusmethode, lijken ze iets frequenter bij medicamenteuze abortus, maar niet significant (*ibidem*). Het is waarschijnlijk dat deze aantallen onderschat zijn, wegens de waarschijnlijke onderrapportage van minder ernstige gevallen van bloedingen.

**Infectie** na medicamenteuze abortus is uiterst zeldzaam bij abortus die in veilige omstandigheden wordt uitgevoerd, zoals bij de meeste procedures in West-Europa. Hoewel dit moeilijk te beoordelen is, is er een schatting van minder dan 1% risico (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Systematische screening op soa's wordt aanbevolen (risicobeoordeling). Deze preventieve maatregel zorgt momenteel voor lage infectiepercentages.

**Uterusruptuur:** Er zijn tegenstrijdige gegevens over medicamenteuze abortus in het tweede trimester en uterusruptuur bij patiënten met littekenuterus (bijvoorbeeld patiënten die eerder een keizersnede hebben gehad) Het risico is niet onbestaande, maar wordt aanvaardbaar geacht, waarbij extra aandacht moet worden besteed aan patiënten met een eerdere keizersnede (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

#### 5.1.5.2 Chirurgische abortus

**Bloeding:** Hoewel deze door verschillende oorzaken kan ontstaan (inwendig letsel van de baarmoederhals of de baarmoeder, onvolledige procedure, het niet samen-trekken van de baarmoeder), is bloeding de meest voorkomende complicatie na een chirurgische abortus in het tweede trimester (Lohr, 2008). De richtlijnen van het RCOG verwijzen naar een studie waarin het percentage vrouwen met een ernstige bloeding bij een D&E wordt geschat op 0,9% (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

**Infectie:** Screening op soa's (risicobeoordeling), alsook preventieve antibiotica worden aanbevolen vóór de chirurgische abortusprocedure (Lohr, 2008; Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2022). Een aanvullende "no touch"-methode wordt algemeen aanbevolen, wat inhoudt dat instrumenten nooit in contact komen met niet-steriele oppervlakken alvorens de baarmoeder aan te raken.

<sup>116</sup> <https://www.b-oss.be/bamm>

**Cervicale scheuren en perforatie van de baarmoeder** worden door het RCOG geschat op 1 op 100 chirurgische abortussen, hoewel vroege abortussen en ervaren artsen het risico aanzienlijk verminderen (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). De ESHRE Capri Workshop Group meldt een lagere incidentie van 0,2-0,4% baarmoederperforaties voor chirurgische abortussen in het tweede trimester (ESHRE Capri Workshop Group, 2017). Er zijn verschillende strategieën voor risicobeperking beschikbaar. De voorbereiding van de baarmoederhals in aanvulling op dilatatoren vermindert het risico op cervicale scheuren en perforatie van de baarmoeder (Lerma en Blumenthal, 2020). Lohr (2008) dringt aan op een nauwkeurige bepaling van de zwangerschapsduur (door middel van echografie), om onderschatting en dus te weinig dilatatie, wat een frequente oorzaak is van perforatie, te voorkomen.

**Evolutieve zwangerschap ondanks abortus:** Het RCOG geeft aan dat 2,3 op 1000 zwangerschappen na chirurgische abortusprocedures via vacuümaspiratie toch voortduren. Deze aantallen werden waargenomen tot 10 weken na de bevruchting (dit percentage is vastgesteld op basis van een studie van 33.090 gevallen) (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011). In een andere studie, die ook door het RCOG wordt vermeld, wordt een schatting gegeven van 0,5% evolutieve zwangerschappen na abortusprocedures met de vacuümaspiratiemethode (*ibidem*). Er worden verschillende factoren genoemd die het risico op de voortzetting van de zwangerschap vergroten: afwezigheid van eerdere zwangerschap bij de patiënte, vroege abortusprocedures (4 weken na de bevruchting of eerder), een minder ervaren arts of baarmoederafwijkingen bij de patiënte.

**Gevolgen op lange termijn:** De veronderstelling dat D&E waarschijnlijk wordt geassocieerd met ernstige nadelige effecten voor volgende zwangerschappen (cervicale zwakte, miskraam of vroeggeboorte) blijft controversieel en de literatuur is hierover niet eensluidend. In een studie van Scholten e.a. wordt wel een positieve associatie gevonden tussen het hebben ondergaan van chirurgische abortus en problemen (vroeggeboorte, cervicale incompetentie, problemen met innesteling/retentie van de placenta en bloedingen na de bevalling) bij toekomstige zwangerschappen, hoewel de absolute risico's minimaal worden geacht (Scholten *et al.*, 2013). De studie van Kalish *et al.* waarin de gevolgen voor de zwangerschap van een cohorte vrouwen die tussen 1996 en 2000 D&E hebben ondergaan worden geëvalueerd, concludeert dat abortus in het tweede trimester met D&E geen risicofactor is voor vroeggeboorte of zwangerschapsverlies in een volgende zwangerschap (Kalish *et al.*, 2002). Het RCOG stelt een verband vast tussen het aantal eerdere abortussen en het risico op vroeggeboorte bij volgende zwangerschappen, hoewel ook andere factoren, zoals de sociaaleconomische status, ook een rol kunnen spelen (Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011).

Meer recent hebben preoperatieve D&E-methoden met voorbereiding van de baarmoederhals met osmotische dilatatoren en medicatie ook het risico op letsels van de baarmoederhals verminderd en de gevolgen hiervan voor een volgende zwangerschap verbeterd (Lohr, 2008; Lohr *et al.*, 2008).

## 5.2 De praktijk van abortus op verzoek

De opmerkingen en aanbevelingen in dit hoofdstuk zijn vooral het resultaat van de inspanningen van werkgroep 1, belast met de beoordeling van het huidige functioneren en de mogelijke verbetering van de praktijk van electieve zwangerschapsafbreking in abortuscentra en ziekenhuizen. Het feit dat geen melding wordt gemaakt van de andere groepen, betekent in geen geval dat zij bezwaren opperden. Tenzij anders vermeld, zijn de standpunten bekrachtigd en gevalideerd door het Wetenschappelijk Comité, waardoor dit hoofdstuk representatief is voor de mening van het Wetenschappelijk Comité.

### 5.2.1 Korte geschiedenis van de formalisering van het professionele werkveld van abortus in België

Enkele historische mijlpalen zijn nodig om de huidige structuur van het werkveld van abortus als sociaal en medisch vakgebied te begrijpen. Zoals uitvoeriger beschreven in hoofdstuk 2 (**Historische en maatschappelijke achtergrond van abortus**), de abortuspraktijk in België is ouder dan de eerste wet betreffende abortus, die in 1990 werd aangenomen en kan men vanaf de jaren zeventig en in het kielzog van de gebeurtenissen van mei 1968 en de feministische beweging van de jaren zeventig vormen van verzet tegen het wettelijk verbod op abortus vaststellen. In België werd het verzet niet alleen gevormd door pro-abortus activisme en demonstraties, maar ook door artsen en vrijwilligers die abortussen uitvoerden in verantwoorde medische omstandigheden. Ze deden dit tegen geringe betaling of helemaal gratis – wat in schril contrast staat met veel landen waar illegale abortus duur en vaak gevaarlijk was.

Tussen deze mobilisaties in de jaren zeventig en de wet van 3 april 1990 zijn in het Belgische landschap verschillende organisatievormen op het gebied van abortus ontstaan. In de ziekenhuizen waren zowel in het Franstalige als in het Nederlandstalige landsdeel artsen te vinden die zich inzetten voor de abortusrechten: dr. Willy Peers, professor Pierre-Olivier Hubinont (ULB) en professor Jean-Jacques Amy (VUB), allen zeer gerespecteerd voor hun morele integriteit, waren de leidende figuren van de abortuspraktijk binnen ziekenhuizen. Aan Franstalige kant wilden verschillende ziekenhuizen abortussen uitvoeren. Aan Nederlandstalige kant was het AZ-VUB het enige ziekenhuis dat daartoe overging, vanaf 1977.

In de centra buiten de ziekenhuizen doken twee verschillende strategieën op, die hebben geleid tot de huidige structurering van abortuscentra aan beide zijden van de taalgrens. Aan Nederlandstalige zijde werd in 1980 de CCNAC (Centrale Coördinatie van Nederlandstalige Abortus Centra) opgericht. Het KAC (Kollectief Anti Conceptie) van Gent en CEVO Brussel voerden abortussen uit in abortuscentra met steun van STIMEZO (Stichting Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking) in Nederland en op basis van hetzelfde organisatie-model als deze organisatie: een netwerk van huisartsen, gynaecologen en Vlaamse Centra voor Geboorteregeling en Seksuele Opvoeding (CGSO) verwees vrouwen die om een abortus vroegen door-

gaans naar hen door. De invloed van het Nederlandse model van STIMEZO en de angst voor repressie hebben geleid tot de ontwikkeling van een model van gespecialiseerde abortusklinieken, verbonden met een netwerk van zorgverleners, dat de mogelijkheid behield zich te beveiligen en af te schermen tijdens de decennia waarin abortusverstrekking illegaal was. Aan Franstalige zijde hebben sommige centra voor gezinsplanning vanaf 1975 besloten abortusprocedures in Brussel uit te voeren. Zij verenigden zich in 1979 en richtten de GACEHPA (Groupe d'Action des Centres Extra-Hospitaliers Pratiquant l'Avortement) op. In dezelfde rebelse geest als de bovengenoemde artsen die openlijk abortussen uitvoerden ondanks een verbod, volgden deze centra voor gezinsplanning de strategie om abortuszorg op te nemen binnen hun andere missies op vlak van preventie, reproductieve gezondheidszorg en algemene voorlichting.

Dit historische traject verklaart het bestaande contrast op vlak van organisatie van het werkveld en waarom de Vlaamse gemeenschap heeft gekozen voor een model van specialisatie en centralisatie van de abortuszorg, terwijl de Franse gemeenschap de abortuszorg heeft georganiseerd als geïntegreerd in een breed netwerk van centra voor gezinsplanning. Zo zijn er momenteel 33 ambulante centra die abortussen uitvoeren aan Franstalige zijde (waarvan 1 verbonden aan een ziekenhuis) en 7 centra aan Nederlandstalige zijde (waarvan 1 verbonden aan een ziekenhuis).

Sinds 2002-2003 kunnen abortuscentra een overeenkomst sluiten met het RIZIV, waardoor de terugbetaling van abortushulpverlening mogelijk wordt. De RIZIV-overeenkomst betreft 32 Franstalige en 5 Nederlandstalige centra.

### 5.2.2 Zwangerschapsafbreking op verzoek in de Federatie Wallonië-Brussel en het Vlaams Gewest

#### 5.2.2.1 Stappen van de procedure in abortuscentra

##### Eerste contact

De allereerste stap in het verkrijgen van een abortusprocedure bestaat erin contact op te nemen met een ambulante centrum dat abortus aanbiedt. Vrouwen die een ongewenste zwangerschap doormaken, kunnen zich telefonisch, via elektronische weg of in persoon (afhankelijk van de centra) aanmelden bij een abortuscentrum. Dit eerste contact kan spontaan plaatsvinden of de zwangere vrouw kan door een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg worden doorverwezen om een eerste afspraak te maken.

##### Psychosociale consultatie

Tijdens deze raadpleging kunnen verschillende onderwerpen uitvoering worden besproken: een overzicht van de persoonlijke en sociale context, de kindwens, de status van het koppel, de eventuele persoonlijke moeilijkheden en de mogelijke hulp- en bijstandsmogelijkheden (...). De verschillende opties met betrekking tot de zwangerschap (al dan niet afbreken) en de opties in geval van voortzetting van de zwangerschap worden ook besproken, evenals het onderwerp anticonceptie (door vragen te stellen over de oorzaak van de ongewenste zwangerschap, het huidige anti-

conceptiegebruik, de toekomstige behoeften in het licht van de persoonlijke situatie, enz.). De abortusmethoden worden in detail toegelicht, samen met de bijbehorende procedures, de kosten en uitvoeringsvoorwaarden.

In overleg met de vrouw wordt de ingreep gepland, na minstens de wachttijd van zes dagen.

Bijna alle centra voor gezinsplanning die abortussen uitvoeren en abortusklinieken hebben een RIZIV-conventie. Deze conventie is alleen bedoeld voor centra die abortussen uitvoeren in ambulante voorzieningen buiten ziekenhuizen (wat verklaart waarom centra die de abortussen in een ziekenhuis uitvoeren, geen overeenkomst hebben). Deze RIZIV-conventie bepaalt dat er een samenwerkingsovereenkomst moet zijn met ten minste één ziekenhuis, zoals blijkt uit het onderstaande uittreksel:

**Art. 9.** Het Centrum heeft te allen tijde met de dienst gynaecologie van minstens één ziekenhuis naar keuze een samenwerkingsovereenkomst, met een uitgewerkt schriftelijk protocol waarin de inhoud en vorm van de samenwerking concreet organisatorisch uitgewerkt worden.

De samenwerking in haar geheel heeft ten minste betrekking op:

- de modaliteiten voor dringende opvang door het ziekenhuis van elke rechthebbende bij wie er complicaties optreden tijdens of onmiddellijk na de zwangerschapsafbreking in het Centrum die daar niet ter plaatse kunnen behandeld worden;
- de modaliteiten voor opvang door het ziekenhuis van elke rechthebbende van wie het Centrum vermoedt dat het voltooiën van haar zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor haar gezondheid of dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de eventuele diagnose;
- de modaliteiten voor opvang door het ziekenhuis van elke rechthebbende die een zwangerschapsafbreking wenst onder volledige verdoving of bij wie een zwangerschapsafbreking slechts kan gebeuren onder het toezicht van een geneesheer-specialist in de anesthesiologie;
- modaliteiten voor opvang door het Centrum van elke rechthebbende die door het ziekenhuis gestuurd is daar dit oordeelt dat zij meer psychosociale opvang en begeleiding nodig heeft dan het ziekenhuis kan geven.

De samenwerking kan ook betrekking hebben op gezamenlijke bijscholing van het personeel en uitwisseling van ervaring inzake zwangerschapsafbreking en voorlichting inzake anticonceptie en inzake preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen.

Vóór het afsluiten van deze revalidatieovereenkomst is de samenwerkingsovereenkomst, of het geheel van samenwerkingsovereenkomsten, door het College van geneesheren-directeuren getoetst aan de in de tweede alinea van dit artikel vermelde criteria en is vastgesteld dat de samenwerkingsovereenkomst, of het geheel ervan, eraan voldoet.

#### Medische consultatie

De eerste afspraak omvat een medisch onderzoek, bestaande uit een medische anamnese, een gynaecologisch onderzoek, een echografie en eventueel aanvullende tests op beslissing van het medische team (bv. soa, bloedgroep).

Afhankelijk van de organisatie van het abortuscentrum worden de abortus, het gesprek over de toekomstige contraceptie en de follow-upraadpleging verzorgd door hetzelfde team van beroepsbeoefenaren (psychosociaal werker en arts) om de continuïteit van de zorg te waarborgen of door personen die beschikbaar zijn op het moment van de eerstvolgende mogelijke afspraak, om extra vertraging te voorkomen.

#### Abortusprocedure

Na de wachttijd wordt de patiënte ontvangen voor een tweede afspraak waarbij de abortusprocedure zal worden uitgevoerd na ondertekening van een toestemmingsformulier zoals wettelijk vereist. Er zijn dan twee methoden beschikbaar. Een abortus door medicatie is momenteel een protocol dat doorgaans wordt voorgesteld aan de patiënte als de zwangerschap niet ouder is dan 7 weken na de bevruchting (9 WA). Dit gebeurt in twee stappen: een eerste stap met de inname van mifepriston, 24 tot 48 uur later gevolgd door een tweede stap, met de inname van misoprostol (prostaglandine) in het abortuscentrum. Chirurgische abortus door zuigcurettagage (ZC) wordt uitgevoerd in ambulante abortuscentra onder lokale verdoving. Na de voorbereiding van de baarmoeder door middel van misoprostol of mifepriston wordt het vruchtzakje geaspireerd met een zuigapparaat. De operatie, die ongeveer 15 minuten duurt, wordt gevolgd door een rustperiode onder medisch toezicht. Voor sommige centra verbonden aan een ziekenhuis, wordt de chirurgische handeling uitgevoerd in het aangrenzende ziekenhuis (zoals in het geval van Labyrint met ZNA Antwerpen, of City planning met het UMC Sint-Pieter).

De keuze voor medicamenteuze of chirurgische abortus wordt dus bepaald door medische aspecten, zoals de zwangerschapsduur, maar ook door de voorkeur van de patiënte en door andere determinanten (psychologische aspecten, socio-economische overwegingen zoals noodzakelijk verlof van het werk, ...).

Het is via de RIZIV-conventie dat centra die abortussen uitvoeren, Mifegyne (mifepriston) kunnen verkrijgen van de apotheek van het partnerziekenhuis en patiëntes kunnen doorverwijzen in geval van medische complicaties na een abortusprocedure. In sommige gevallen weigert het belangrijkste partnerziekenhuis waarmee zij een overeenkomst hebben, abortussen uit te voeren. Wanneer algemene anesthesie nodig is, of wanneer patiëntes ernstige gezondheidsproblemen hebben waardoor een abortus in een ziekenhuis nodig is, moeten sommige centra een overeenkomst sluiten met een tweede ziekenhuis dat deze abortusprocedures wil uitvoeren.

#### Follow-up

Na de abortusprocedure kan een follow-upafspraken worden gepland. Deze follow-up wordt aangeboden wanneer de vrouw dit wenst, om haar medische toestand en eventueel haar psychologische toestand te bespreken en na te gaan, en om de anticonceptie te bekijken die ten tijde van de abortus is opgestart. Het dient te worden opgemerkt dat een meerderheid van de vrouwen niet komt opdagen voor de follow-upafspraken. Er kunnen ook bijkomende afspraken worden gemaakt als de vrouw daar behoefte aan heeft. Sinds de coronacrisis worden follow-upconsultaties ook aangeboden onder de vorm van een video- of telefonische consultatie. Deze mogelijkheid moet worden gehandhaafd.

#### 5.2.2.2 Overeenkomsten en verschillen tussen de regio's

De Franstalige "Centres de Planning familial" bieden niet alleen gezondheidszorg rond abortus, maar ook rond seksuele en reproductieve gezondheid (zoals de opsporing en behandeling van soa) en, meer in het algemeen, het emotionele, relationele en seksuele leven. Zij staan ook in voor het verstrekken van informatie en educatief materiaal over gezondheid, seksualiteit, reproductieve rechten, contraceptie en algemene gezinsplanning, juridisch advies, enz. Dit gebeurt door middel van advies-sessies, documentatie en educatieve animaties.

Deze centra zijn gestructureerd in verschillende federaties die min of meer de Belgische verzuilde structuur volgen. In 33 van deze centra worden abortussen uitgevoerd:

- Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF)
  - 42 centra in totaal
  - 22 daarvan voeren abortussen uit
- Fédération des Centres de Planning familial des Femmes Prévoyantes Socialistes (FCPF FPS)
  - 19 centra in totaal
  - 9 daarvan voeren abortussen uit
- Fédération des Centres de Planning et de Consultations (FCPC)
  - 17 centra en een bijkantoor
  - Geen ervan voert abortussen uit<sup>117</sup>
- Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial (FCPPF)
  - 26 centra in totaal
  - 2 daarvan voeren abortussen uit
- Groupe d'Action des Centres Extra hospitaliers Pratiquant l'Avortement (GACEHPA). Deze groep wordt gevormd door de abortuscentra van de FLCPF en van de FCPPF die abortussen uitvoeren.

In het Vlaamse Gewest zijn de abortusklinieken gespecialiseerd in abortuszorg en de psychosociale begeleiding rond ongeplande/ongewenste zwangerschappen en anticonceptie na abortus, terwijl de educatieve opdrachten rond seksuele gezondheid bij Sensoa vallen.

- Verschillende klinieken zijn gefuseerd om het LUNA-netwerk te vormen, met name de centra in Antwerpen, Gent, Hasselt en Oostende.
- VUB-Dilemma is verbonden aan de VUB in Brussel en werkt samen met LUNA.
- Het centrum Labyrint in Borgerhout maakt deel uit van het ZNA Sint-Erasmusziekenhuis (abortussen worden uitgevoerd in het ziekenhuis onder algemene verdoving; het centrum heeft geen conventie met het RIZIV).
- Het Abortuscentrum Durmelaan is gevestigd in Lokeren (het centrum heeft geen conventie met het RIZIV).

<sup>117</sup> Sommige van deze centra hebben een RIZIV-conventie aangevraagd om abortussen te mogen uitvoeren, maar dit is geweigerd op grond van het bestaande aantal centra aan Franstalige zijde.



Het laatste rapport van de Nationale Evaluatiecommissie (*Deel 2: Jaarverslagen van de instellingen voor gezondheidszorg- p. 57*) geeft aan dat de Franstalige en Nederlandstalige ambulante abortuscentra in 2019 respectievelijk 8.358 (75,5% van de abortussen in Franstalige instellingen voor gezondheidszorg) en 7.732 (98% van de abortussen in Nederlandstalige instellingen voor gezondheidszorg) abortussen hebben uitgevoerd. De volgende tabel geeft het percentage abortusprocedures aan, afhankelijk van het type voorziening waar de procedure werd uitgevoerd, met een verdeling per provincie en voor het jaar 2019.

*Figuur 3 Verdeling van de abortusprocedures in België, volgens het type voorziening en de provincie van de woonplaats*

Provincie van de woonplaats	Ziekenhuis		Abortuscentrum	
<b>2019</b>				
West-Vlaanderen	21	1,81%	1138	98,19%
Oost-Vlaanderen	121	6,55%	1725	93,45%
Antwerpen	40	1,36%	2897	98,64%
Limburg	4	0,43%	928	99,57%
Vlaams-Brabant	124	11,31%	972	88,69%
Brussel	886	24,78%	2689	75,22%
Waals-Brabant	135	19,97%	541	80,03%
Henegouwen	1178	45,26%	1426	54,74%
Namen	175	23,06%	584	76,94%
Luik	603	31,90%	1287	68,10%
Luxemburg	18	4,12%	419	95,88%
In het buitenland <sup>118</sup>	17	14,53%	99	85,47%
<b>TOTAAL</b>	<b>3322</b>		<b>14705</b>	

Bron: (Nationale Evaluatiecommissie, 2021)

<sup>118</sup> Patiënten die buiten België wonen, vormen een kleine fractie van het nationale aantal. Het is wel interessant op te merken dat zij zich vooral tot de abortuscentra lijken te wenden.

Deze verdeling wijst op een ander soort contrast tussen de gewesten: in Vlaanderen wordt het overgrote deel van de abortussen in abortusklinieken uitgevoerd, terwijl het Brusselse en het Waalse Gewest meer onderhevig zijn aan lokale verschillen. Een aanzienlijk deel van de abortussen wordt er in ziekenhuizen uitgevoerd. Nog voor abortus wettelijk geregeld was, waren de enige abortusaanbieders in Vlaanderen abortuscentra. Deze situatie veranderde niet na de legalisering van abortus. Het LUNA-netwerk in Vlaanderen staat bij de patiënten bekend als de belangrijkste aanbieder van abortus. In de Waalse provincies daarentegen, voornamelijk in Henegouwen of Luik, wendt een aanzienlijk deel van de vrouwen zich voor abortusprocedures tot hun huisarts en/of het plaatselijke ziekenhuis, aansluitend op hun gebruikelijke gynaecologische zorg. Bovendien is het netwerk van centra voor gezinsplanning die abortusprocedures aanbieden ongelijkmatig verdeeld over de provincies. Dit geldt ook voor ziekenhuizen en artsen die bereid zijn abortussen uit te voeren: in de provincie Luxemburg zijn er zeer weinig artsen die abortussen uitvoeren, wat verklaart waarom de meeste abortussen er plaatsvinden in abortuscentra (en meer bepaald in het enige abortuscentrum van de provincie).

### 5.2.2.3 Stappen van de procedure in ziekenhuizen

Het Wetenschappelijk Comité heeft ervoor gekozen het proces in ziekenhuizen niet in detail te doorlopen, aangezien er geen gestandaardiseerd protocol bestaat dat vergelijkbaar is met het zorgtraject dat in abortuscentra wordt aangetroffen. Abortusartsen in ziekenhuizen voldoen aan dezelfde wettelijke voorschriften (geïnfomeerde toestemming, wachttijd, informatie, kwaliteit van de zorg, ...) als abortuscentra. Door verschillende (of de afwezigheid van) overeenkomsten met het RIZIV op het gebied van facturering en door de interne organisatie kunnen de zorgtrajecten echter variëren: sommige ziekenhuizen organiseren een consultatie met een psycholoog en/of een maatschappelijk werker, terwijl in andere ziekenhuizen de gynaecoloog de behandelaar is die instaat voor alle consultaties. Ook de opties op het gebied van abortusmethoden (door medicatie of chirurgisch) en sedatie of verdooving kunnen per arts verschillen.

Het Comité wil benadrukken dat patiënten bijgevolg niet op voorhand kunnen weten wat ze kunnen verwachten qua zorgtraject en protocollen (om nog maar te zwijgen van de mogelijkheid van gewetensbezwaren inzake abortus). Niet alle ziekenhuizen voeren abortussen uit. Sommige ziekenhuizen voeren abortussen uit sinds de tijd dat abortus illegaal was en blijven hulp bieden aan patiënten die zich met hun ongewenste zwangerschap tot hen wenden. In sommige structuren moeten patiënten eerst een afspraak maken met een gynaecoloog, die hen vervolgens doorverwijst naar een psychosociaal werker voor een volgende afspraak. Andere ziekenhuizen hebben een meer geïntegreerd zorgtraject georganiseerd, vergelijkbaar met centra voor gezinsplanning of abortuscentra (in één afspraak). Sommige ziekenhuizen werken samen met abortuscentra vanwege hun expertise in het omgaan met ongeplande of ongewenste zwangerschappen.

De fusie van ziekenhuizen heeft op zichzelf ook heel wat veranderingen teweeggebracht op het gebied van abortus. Sommige ziekenhuizen voerden vóór de fusie geen abortussen uit en zijn pas sindsdien begonnen met het uitvoeren van abortussen; in andere ziekenhuizen werd de abortuszorg sinds de fusie stopgezet.

Hoewel zwangerschapsafbreking als onderdeel van de standaard medische zorg moet worden beschouwd, voeren veel ziekenhuizen nog steeds geen abortussen op verzoek uit en willen zij enkel abortussen op medische gronden uitvoeren. Hoewel hier historische redenen voor kunnen zijn en er voldoende expertise beschikbaar is in gespecialiseerde abortuscentra, kan de afsplitsing van abortuszorg van de andere medische zorg als een stigmatiserende houding worden beschouwd.

Leden van werkgroep 1 melden een duidelijk gebrek aan kennis bij sommige gynaecologen over de Abortuswet: sommige denken dat abortus slechts is toegestaan tot 12 weken na de laatste menstruatie; andere weten niet dat de wettelijke herziening van 2018 de wachttijd van zes dagen mogelijk verkort om medische redenen; weer andere weten niet dat de wet hen verplicht om, als zij hun toevlucht nemen tot gewetensbezwaren, patiëntes door te verwijzen naar een voorziening of een arts die abortus aanbiedt.

Naast hun duidelijke rol in het geval van patiënten waarbij zich bijzondere medische situaties voordoen die pertinente zwaardere technische uitrusting en expertise van het ziekenhuis vereisen, wordt een aantal patiëntes naar de ziekenhuizen verwezen omdat zij de enige voorzieningen zijn waar abortusprocedures onder algemene verdoving kunnen worden uitgevoerd. Dit bekende feit verklaart dat artsen en abortuscentra patiëntes die deze sedatiemethode verkiezen (of nodig hebben) onmiddellijk naar ziekenhuizen verwijzen, tenzij patiëntes die zich hiervan bewust zijn, om die precieze reden meteen kiezen voor het ziekenhuis. Bijgevolg worden de meeste abortussen in een ziekenhuis onder algemene verdoving uitgevoerd – hoewel dit niet systematisch gebeurt. Transparantie in praktijken en protocollen zou voor vrouwen een pluspunt zijn om een geïnformeerde keuze te kunnen maken en hun eigen zorgtraject te kunnen kiezen.

### 5.2.3 Kwaliteit van de zorg tijdens de abortusprocedure

De eerste stap bestaat uit een ontmoeting met de zwangere vrouw die om abortus verzoekt en uit een individueel gesprek waarbij haar wil en behoeften worden beoordeeld op basis van haar persoonlijke en medische geschiedenis. Het psychosociale gesprek wordt gevolgd door een medisch onderzoek waarbij de duur van de zwangerschap, eventuele medische aandoeningen en de abortusmethode(n) worden beoordeeld en soms enkele tests worden overwogen (opsporing van soa, bloedgroep). Deze procedure in twee stappen wordt door het Wetenschappelijk Comité beschouwd als een troef voor de kwaliteit van de abortuszorg en wij bevelen aan deze verdeling van de expertise tussen een psychosociale follow-up en het medische aspect van de procedure te behouden.

Twee belangrijke aspecten moeten de abortusprocedure en de relatie met de zwangere vrouw leiden: geïndividualiseerde zorg en een vertrouwensrelatie. Professionals en deskundigen in de werkgroep en het Wetenschappelijk Comité beschouwen deze aspecten als de kerntaak van abortusverstrekkers in de eerstelijnszorg. In de huidige situatie betekent dit echter soms dat delen van de wettelijke vereisten loodrecht staat op kwalitatieve medische zorg, waardoor ze niet in alle gevallen kunnen worden toegepast. De huidige in de wet gestandaardiseerde informatieverplichtingen zijn een voorbeeld van eisen die in strijd zijn met de notie van een goede praktijk: het verplicht vermelden van informatie die voor de individuele situatie van de zwangere vrouw inadequaat is, leidt tot meer stigmatisering en verwarring dan wanneer de inhoud van het gesprek gepersonaliseerd wordt, zoals verder wordt uiteengezet.

De omgang met de privacy van patiënten, hun medische geschiedenis, hun gevoelsleven en/of seksuele leven en een mogelijke staat van kwetsbaarheid vereist dat de patiënte het gevoel heeft dat zij vertrouwen kan hebben in de zorgverleners en in alle eerlijkheid persoonlijke en medische informatie kan delen.

#### 5.2.3.1 Wettelijke voorwaarden bij abortus: verplichte informatie

De voorwaarden die een dergelijk klimaat van vertrouwen en eerlijkheid toelaten berusten op een geïndividualiseerde benadering ter evaluatie van de behoeften en de situatie van de zwangere vrouw. Indien nodig worden de oorzaken die tot de zwangerschap hebben geleid (of deze nu initieel gepland was of niet) onderzocht, evenals mogelijke persoonlijke of medische problemen die de vrouw bereid is te delen.

Een dergelijke individuele benadering draagt bij tot het vermijden van een vooraf bepaald en stereotiep beeld van vrouwen die om een abortus vragen. Ze maakt ook een aanpassing op maat van de feitelijke persoonlijke situatie van de patiënte mogelijk en ondersteunt een autonome beslissing over abortus en de abortusprocedure. Leden van zowel de werkgroep als het Wetenschappelijk Comité zijn van mening dat een gepersonaliseerde aanpak niet verenigbaar is met een lijst aan informatieverplichtingen. Zij pleiten voor een aanpak gebaseerd op *good practices*, die inhoudt dat er een lijst beschikbaar is van onderwerpen die mogelijk aan bod moeten komen, maar dat de onderwerpen die worden besproken, de inhoud ervan en de wijze waarop de informatie wordt verstrekt, worden aangepast aan de specifieke situatie van de individuele patiënte.

#### Anticonceptie

Overeenkomstig de wettelijke vereisten wordt anticonceptie altijd besproken, zowel wat betreft eerder anticonceptiegebruik als de anticonceptiekeuze voor de periode na de abortusprocedure. Als de zwangerschap het gevolg is van gefaalde anticonceptie of als de patiënte niet tevreden is over de huidige anticonceptiemethode, is dit een gelegenheid om met specialisten naar een geschiktere optie te zoeken. Het Wetenschappelijk Comité is van mening dat anticonceptie een intrinsiek onderdeel is van de preventie van ongewenste zwangerschappen en een onontbeerlijk gespreksonderwerp moet blijven in het kader van de abortusprocedure.

### Financiële hulp bij het ouderschap

Volgens de huidige wettelijke bepalingen moet het bestaan van financiële hulp ter ondersteuning van het ouderschap (bijvoorbeeld kinderbijslag) systematisch worden vermeld tijdens het psychosociale gesprek. Mensen van het werkveld geven aan dat deze aspecten echter alleen worden besproken wanneer financiële kwesties een rol blijken te spelen bij de beslissing om een abortus te ondergaan of de zwangerschap te behouden, wat niet altijd het geval is. Vervolgens wordt besproken hoe financiële kwesties de beslissing in de onmiddellijke omstandigheden kunnen beïnvloeden en of de vrouw door financiële hulp anders aan zou kijken tegen de mogelijkheid van een kind in de nabije toekomst. Leden van het Comité benadrukken echter dat de redenen die leiden tot het verzoeken van een abortus meestal multifactorieel zijn en dat financiële problemen zelden de enige reden zijn. Financiële problemen zijn meestal slechts één element dat wijst op een algemene precaire situatie, die volgens de persoon die om een abortus verzoekt, niet verenigbaar is met het grootbrengen van een kind. Hoewel financiële hulp voor ouderschap dus welkom is, beseffen wij ook heel goed dat dit voor veel abortussen die gerelateerd zijn aan financiële redenen geen afdoende oplossing is.

### Adoptie

Professionals en deskundigen van de werkgroep stellen unaniem dat in de huidige situatie de mogelijkheid van adoptie bijna nooit aan de patiënte wordt vermeld. Zij zijn van mening dat het bijzonder schadelijk is om zelfs maar de optie van het uitdragen van een ongewenste zwangerschap te noemen aan iemand die expliciet wenst deze zwangerschap te beëindigen – of aan iemand die twijfelt tussen het afbreken van de zwangerschap en het grootbrengen van het kind. Gezien de taboesfeer rond abortus hebben patiëntes het al moeilijk om een omgeving te vinden waar hun verzoek om een abortus op een niet-oordelende manier wordt begrepen en gerespecteerd. Adoptie wordt alleen vermeld in specifieke gevallen die zich zelden voordoen: als de patiënte spontaan over adoptie begint of als de zwangerschapsduur de wettelijke termijn voor abortus (in België of in andere landen) heeft overschreden en de patiënte geen kind wil of kan krijgen en grootbrengen. Abortus lijkt een mogelijke oplossing voor wie een zwangerschap niet wenst voort te zetten, terwijl adoptie een mogelijke oplossing is voor wie het kind dat aan het eind van een zwangerschap wordt geboren, niet wenst te houden en groot te brengen.

Ariane Van den Berghe, adoptieambtenaar voor de Vlaamse Gemeenschap, verklaarde tijdens de hoorzitting van 2018 expliciet aan de Kamer van Volksvertegenwoordigers dat er slechts een zeer zwakke relatie bestaat tussen de keuze voor abortus en de keuze om een kind toe te vertrouwen aan adoptiediensten (*Parl.St.* Kamer 2018, doc. nr. 54 3216/003). Het enige verband tussen beide opties is dat ze een mogelijke oplossing bieden voor een ongewenste zwangerschap. Er bestaat geen typisch traject voor een beslissing tot adoptie, noch wat betreft het sociaal-demografische profiel van de vrouwen, noch wat betreft de zwangerschapsduur waarop de beslissing wordt genomen (de beslissing kan zeer vroeg in de zwangerschap of in een

later stadium worden genomen, het kan een zeer snelle en vastberaden beslissing zijn of een geleidelijke beslissing, waarvoor langdurige begeleiding door gespecialiseerde adoptiediensten nodig is). Een dergelijke beslissing wordt als zeer moeilijk beschouwd. Van de zwangere vrouwen die belangstelling hebben getoond voor het toevertrouwen van het kind bij de geboorte aan adoptiediensten, zal uiteindelijk slechts een derde die keuze daadwerkelijk maken. Adoptie moet worden beschouwd als een specifiek besluitvormingsproces, dat begeleiding en follow-up door gespecialiseerde teams vereist, en mag in geen geval worden voorgesteld als gewoonweg een alternatief voor abortus. De geschiedenis van vrouwen in de jaren zestig, zeventig of tachtig die bij gebrek aan mogelijkheden of door externe (sociale of morele) druk hun toevlucht moesten nemen tot adoptie, is volgens de deskundige een geweldadige geschiedenis.

Dat adoptie een specifiek beslissingspad is, los van abortus, wordt bevestigd door de Turnaway Study, een longitudinaal onderzoek in de VS waarin de langetermijnresultaten worden vergeleken van een cohort dat een abortus heeft ondergaan en een ander cohort aan wie een abortus werd ontzegd.<sup>119</sup> Van de vrouwen aan wie de optie van abortus werd ontzegd, koos slechts een klein deel (9%) voor adoptie (Sisson et al., 2017). Volgens de auteurs blijkt hieruit duidelijk dat adoptie alleen wordt gezien als een laatste redmiddel, wanneer de twee andere voorkeursopties – abortus en vervolgens ouderschap – om juridische of praktische redenen niet langer haalbaar zijn. Voor vrouwen die een ongeplande of ongewenste zwangerschap meemaken, is het afstaan van het kind voor adoptie dus niet slechts één van de vele opties, maar de optie die overblijft wanneer andere mogelijkheden zijn weggevalen.

Terreindeskundigen van werkgroep 1 sluiten zich aan bij de mening en ervaring van Ariane Van den Berghe en bij het hoofdstuk van de Turnaway Study over adoptie: zelfs in deze tijd is het een traumatische ervaring om gedwongen of onder druk gezet te worden om een ongewenste zwangerschap uit te dragen en het kind af te staan voor adoptie. Op dezelfde manier is het systematisch voorstellen van adoptie als een alternatief voor abortus niet alleen simplistisch, maar gaat het ook voorbij aan de uiteenlopende ervaringen van een ongewenste zwangerschap en de emotionele of zelfs traumatische toestand die deze kan veroorzaken. Om deze redenen, en om een kwalitatieve en respectvolle begeleiding te waarborgen, maken de meeste psychosociale hulpverleners en abortusartsen de ethische keuze om niet over adoptie te praten, tenzij in specifieke gevallen, wanneer dit relevant is of door de zwangere vrouw zelf door haar wordt vermeld.

Het Wetenschappelijk Comité raadt aan om de verplichting af te schaffen om elke patiënt die een zwangerschapsafbreking verzoekt, te informeren over adoptie en over de verschillende “opvangmogelijkheden” voor het kind dat geboren zal worden. Het beveelt ook aan de verplichting af te schaffen om de vrouw vóór de abortus te informeren over “de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen”.

<sup>119</sup> ansirh.org/turnaway.

In plaats daarvan beveelt het Wetenschappelijk Comité aan om voorrang te geven aan het verlenen van informatie per geval, afhankelijk van de specifieke context van de abortusaanvraag en de belangen van de patiënt.

### 5.2.3.2 Wettelijke voorwaarden vóór de abortus: wachttijd

Momenteel geldt een verplichte wachttijd van zes dagen tussen de eerste consultatie en de abortusprocedure. Sinds de wetwijziging van 2018 is er echter een mogelijkheid om die periode te verkorten op grond van dringende medische redenen. Voor patiëntes die zich bij abortusvoorzieningen melden en de wettelijke zwangerschapstermijn van 12 weken PC (14 WA) naderen, wordt de wachttijd van 6 dagen gehandhaafd, maar mag die de twaalfwekentermijn overschrijden. Dit kan leiden tot legale zwangerschapsafbrekingen tot maximum 12 weken en 6 dagen zwangerschap na de bevruchting. Daarnaast zijn er patiëntes die na de wachttijd van 6 dagen extra tijd nodig hebben of erom verzoeken teneinde een beslissing te kunnen nemen. In dergelijke gevallen kunnen extra afspraken en gesprekken met het psychosociale team worden gepland.

De leden van de werkgroep willen benadrukken dat de verplichte wachttijd slechts een onderdeel is van de totale wachttijd en dat deze meestal niet overlapt met de periode waarin patiëntes actief nadenken over al dan niet kiezen voor een abortus. De meeste patiëntes beginnen het denkproces voordat zij contact opnemen met een abortuscentrum en ernaartoe gaan. Voor de patiëntes die hun definitieve beslissing hebben genomen voordat zij de abortuskliniek binnenstappen, voegt de extra verplichte wachttijd alleen maar lasten en geen voordelen toe. Niet alle patiëntes zijn echter onmiddellijk zeker van hun beslissing en het psychosociale team is beschikbaar voor zoveel consultaties als nodig, met zoveel uitstel als nodig. De patiëntes die nog geen definitieve beslissing hebben genomen, zouden sowieso kiezen voor een wachttijd, ongeacht of deze verplicht is. Bijgevolg voegt het verplichte karakter van de wachttijd ook voor deze personen geen voordelen toe. Voor patiëntes met een hoge mate van zekerheid is de verplichte wachttijd daarentegen niet alleen overbodig, maar wordt deze ook als potentieel schadelijk beschouwd (Visser *et al.*, 2005; Joyce *et al.*, 2009b). De wachttijd houdt de patiënte immers in een staat van afhankelijkheid ten opzichte van de medische autoriteit, die verplicht is de vereiste medische dienst op te schorten, wat indruist tegen de autonomie van de patiënte. Bovendien dwingt deze wachttijd de zwangere vrouw om de symptomen van een uitdrukkelijk ongewenste zwangerschap te ervaren en te voelen en haar in een staat van emotionele onzekerheid te laten (Vandamme, 2017).

In de 'grijze' (Jooker en Sermeus, 2002) en wetenschappelijke literatuur (Joyce *et al.*, 2009; Victorian Law Reform Committee, 2008; Visser *et al.*, 2005), alsmede enquêtes onder vrouwen en deskundigen op dit gebied pleiten eensgezind voor de afschaffing van een verplichte wachttijd (*Parl.St.* Kamer 2018, doc. nr. 54 3216/003). Het afschaffen van de verplichte wachttijd zou dus alleen het verplichte aspect afschaffen, en een wachttijd op maat mogelijk maken, in overleg tussen het psychosociale en

medische team en de patiënte, om aan te sluiten bij haar werkelijke behoefte en besluitvormingsproces.

Ook kan worden aangevoerd dat de wachttijd de zwangerschapsduur, en daarmee de moeilijkheidsgraad en de risico's van de abortusprocedure, onnodig verhoogt. Bij een verder gevorderde zwangerschap (vanaf +/- 10 weken na de bevruchting), die weliswaar nog onder de wettelijke termijn voor een abortus op verzoek valt, wordt het abortusprotocol met elke extra dag moeilijker.

De verplichte wachttijd van 6 dagen ontnemt ook een aanzienlijk aantal patiëntes de keuze voor een medicamenteuze abortus (in België wordt die vorm gewoonlijk aangeboden tot 7 weken na de bevruchting (9 WA)).

Er zijn ook praktische problemen met de wijze waarop de wachttijd wordt berekend en de toepassing ervan door de verschillende actoren in de sector. Ten eerste kan de berekeningsmethode enigszins verschillen van centrum tot centrum (de periode van 6 dagen kan ingaan op de dag van de eerste consultatie of de dag erna). Er zijn ook verschillende opvattingen wat betreft het moment waarop de wachttijd ingaat: sommigen menen dat deze ingaat vanaf de eerste consultatie met een arts (huisarts of gynaecoloog) die de patiënte doorverwijst of de eerste echografie in het ziekenhuis, terwijl anderen rekening houden met de noodzaak van een eenheid van plaats en de periode berekenen vanaf de eerste afspraak in het uitvoerend abortuscentrum (patiëntes die door een arts naar een abortuscentrum worden doorverwezen, kunnen een veel langere wachttijd hebben dan 6 dagen sinds hun eerste verzoek om een abortus). Hoofdstuk 3 (Analyse van de wetgeving betreffende zwangerschapsafbreking) wijst op de juridische dubbelzinnigheden die deze verschillende interpretaties kunnen verklaren.

Deze uiteenlopende berekeningen van de start van de wachttijd van 6 dagen verschillen ook van de ene mutualiteit tot de andere, wat financiële consequenties heeft voor abortuscentra. Bovendien moeten we opmerken dat, hoewel het om een wettelijke bepaling gaat, er door sommige ziektekostenverzekeraars ten onrechte beperkingen worden toegepast. Sommige ziektekostenverzekeraars lijken niet op de hoogte van de nieuwe wet van 2018 met betrekking tot de verplichte wachttijd en de mogelijkheid deze te verkorten. De meeste abortusklinieken en -centra worden bijvoorbeeld geconfronteerd met een weigering van vergoeding door sommige ziektekostenverzekeraars wanneer de wachttijd wordt verkort om dringende medische redenen (wat is toegestaan door nieuwe bepalingen sinds de wet van 2018). Deze situatie leidt ertoe dat de abortuscentra meer tijd en geld moeten besteden aan administratieve werkzaamheden en onderhandelingen. Ook de RIZIV-conventie moet worden aangepast aan de nieuwe wet van 2018 (besprekingen zijn aan de gang). De leden van de groep wensen te benadrukken dat het administratief beheer van de ziektekostenverzekering, de RIZIV-conventies en de terugbetaling niet altijd snel genoeg op de wetwijzigingen aansluiten. In geval van nieuwe hervormingen van

de wettelijke bepalingen inzake abortus zou het van cruciaal belang zijn ervoor te zorgen dat de administratieve processen dienovereenkomstig en zo spoedig mogelijk worden aangepast.

Merk op dat ziekenhuizen die abortussen uitvoeren, niet met soortgelijke problemen worden geconfronteerd, aangezien er voor hen geen specifieke RIZIV-code voor abortus bestaat (zij gebruiken meestal de code “curettagage”, die ook voor miskramen wordt gebruikt).

In het licht van deze argumenten en ervaringen bevelen de leden van de werkgroep samen met het Wetenschappelijk Comité unaniem aan de verplichte wachttijd van zes dagen uit de wet te schrappen. Dit betekent echter niet dat elke vorm van wachttijd moet worden afgeschaft: een wachttijd moet worden overgelaten aan de beoordeling door de beroepsbeoefenaren samen met de patiënte, in het licht van *good practices*. Goede praktijken worden in het kader van de wachttijd als volgt geformuleerd:

- De eerste psychosociale consultatie en de abortus kunnen eventueel, maar zouden beter niet op dezelfde dag plaatsvinden om ervoor te zorgen dat vrouwen de tijd hebben om de informatie die tijdens de eerste consultatie wordt verstrekt, te verwerken. De eerste consultatie kan een consultatie op afstand zijn (zie punt 5.2.4.4. **Abortusbeheer op afstand**), maar moet de hierna uiteengezette elementen aanpakken.
- Een eerste psychosociale en medische afspraak moet plaatsvinden op verzoek van de patiënte. Voor structuren die abortusprocedures aanbieden, begeleiding aan te bieden door psychologische en sociale professionals die speciaal zijn opgeleid op het gebied van abortus is een kwaliteitscriterium.
- Tijdens deze consultatie beslissen de professionals samen met de patiënte over de wachttijd voorafgaand aan de abortusprocedure. Indien nodig kunnen extra psychosociale consultaties worden gepland en kan de periode worden verlengd.
- Zij bevelen ook aan dat de allereerste consultatie met een zorgverlener waarbij de patiënte om een abortus verzoekt wordt beschouwd als de eerste consultatie, ongeacht waar die plaatsvond: in een ziekenhuis, in een abortuscentrum of tijdens een medische raadpleging (huisarts, gynaecoloog, psychiater, ...).

De leden van de werkgroep en het Wetenschappelijk Comité zijn het er unaniem over eens dat twee in de tijd gescheiden consultaties moeten worden gehandhaafd om de best mogelijke kwaliteit van de zorg te waarborgen. Zij zijn het ook unaniem eens over de afschaffing van de bestaande verplichte wachttijd van zes dagen.

Zij stellen twee opties voor die de bestaande wachttijd nuttig zouden kunnen vervangen:

- Optie 1) bestaat erin de wettelijke termijn volledig uit de wetgeving te schrappen en in plaats daarvan te vertrouwen op good practice aanbevelingen.

Deze optie gaat samen met het benadrukken van het feit dat, conform de goede praktijk, de eerste consultatie waarin om abortus wordt verzocht en de abortusprocedure niet op dezelfde kalenderdag plaatsvinden.

Argument: Deze optie stemt overeen met internationale aanbevelingen inzake abortuszorg. Een andere reden om geen wettelijk uitstel in de wet op te nemen zou zijn om tegemoet te komen aan uitzonderlijke omstandigheden waarin vrouwen in precaire en/of hoogdringende situaties met een zeer duidelijk, goed geïnformeerd en weloverwogen abortusverzoek efficiënter kunnen worden geholpen.

- Optie 2) betreft het behoud van een de verplichting om abortus niet te laten plaatsvinden op dezelfde kalenderdag waarop de abortusprocedure wordt verzocht.

Argument: Het doel van deze bepaling is het voorkomen van potentieel misbruik en een commerciële benadering van abortus die zou aanzetten tot een snellere abortusprocedure zonder degelijke psychosociale begeleiding.

De werkgroep en het Wetenschappelijk Comité bevelen aan om de wachttijd van 6 dagen te schrappen en

*ofwel om elke verwijzing naar een verplichte wachttijd te schrappen en terug te vallen op goede praktijken op vlak van geïnformeerde toestemming*

*ofwel een verplichting in te voeren om de afbreking niet uit te voeren op dezelfde kalenderdag als die van de eerste raadpleging, vergezeld van de mogelijkheid om de eerste raadpleging op afstand te houden in geval van reële verplaatsingsmoeilijkheden.*

De eerste optie met betrekking tot het volledig schrappen van de wachttijd krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité, terwijl de leden van de werkgroep geen sterke voorkeur uitspreken voor de ene of de andere optie.

### 5.2.3.3 Motieven voor abortus

Patiëntes die om een abortus vragen, worden meestal geconfronteerd met een ongewenste zwangerschap. Toch moet er enig onderscheid worden gemaakt tussen een ongeplande en een ongewenste zwangerschap (David, 2011; Vandamme, 2017). Ongeplande zwangerschappen worden over het algemeen veroorzaakt door seksuele betrekkingen in combinatie met de afwezigheid van anticonceptiva (hetzij door niet-beschikbaarheid of verzuim, uitgeoefende druk om ze niet te gebruiken of gebrek aan kennis ter zake), een verkeerd gebruik van anticonceptiva of de slechte werking van de gebruikte anticonceptiemethode. Merk op dat 60% van de personen die om een abortus vragen, anticonceptiemiddelen gebruiken (Nationale Evaluatiecommissie, 2021). Een ongeplande zwangerschap kan leiden tot de keuze om de zwangerschap voort te zetten, waardoor ze uitgroeit tot een gewenste zwangerschap, of kan samenvallen met een ongewenste zwangerschap en dan mogelijk leiden tot een abortus. Anderzijds kan een aanvankelijk geplande en bedoelde zwangerschap van aard veranderen (door een verandering in de situatie van het koppel, in de relatie, in de praktische omstandigheden enz.) en ongewenst worden. In extreme gevallen van reproductieve dwang kan de zwangerschap gepland zijn, maar ongewenst door de zwangere vrouw. Die verschillende trajecten tussen intentie en wil kunnen ook gepaard gaan met ambivalentie en ambiguïteit in het besluitvormingsproces, waardoor de begeleiding des te belangrijker wordt om een autonome beslissing te garanderen. Het Wetenschappelijk Comité wenst te onderstrepen dat, hoewel de wet niet langer vereist dat een motief voor het abortusverzoek wordt gegeven, de psychosociale afspraak een noodzakelijke stap lijkt om een kwalitatieve abortuszorg te waarborgen, vooral in het licht van de complexe situaties die zich kunnen voordoen.

Ouderschap wordt in de westerse, moderne samenleving niet langer gezien als een standaardlotsbestemming, maar als een bewuste keuze. Het is met het oog op de notie van goed ouderschap en op de levenskwaliteit van het kind dat geboren zal worden dat de meeste ouders verkiezen te beslissen wanneer en in welke omstandigheden zij een zwangerschap voortzetten – en dus hun toevlucht nemen tot abortus als die goede omstandigheden niet zijn vervuld (Vandamme, 2017). Niettemin lopen sommige sociaal-demografische groepen – meestal met een laag opleidingsniveau – meer risico op ongeplande zwangerschappen, terwijl sommige groepen die ongeplande en soms ongewenste zwangerschappen om culturele of religieuze redenen in stand houden (Vandamme, 2017). Deze specifieke risicogroepen moeten ons alert maken over de noodzaak van een voortdurende bewustmaking en voorlichting over de beschikbaarheid en de mogelijkheden van contraceptie, zwangerschap en abortus.

Het verslag van de Nationale Evaluatiecommissie geeft een interessant inzicht in de redenen die vrouwen ertoe aanzetten een abortusprocedure aan te vragen (Nationale Evaluatiecommissie, 2021). Ook al is de noodsituatie uit de Abortuswet van 2018 geschrapt, toch kunnen abortusartsen nog steeds de abortusmotieven van hun patientes rapporteren. Merk op dat een zeker vertekend beeld niet kan worden uitge-

sloten: de morele en sociale verwachtingen rond abortus kunnen wegen op de door de patiëntes opgegeven motieven, hoewel het vermelden van het motief nu facultatief is. Bovendien neigt de vermelding van één enkele reden tot vereenvoudiging van een besluitvormingsproces dat vaker berust op een brede waaier aan redenen dan op één enkel aspect.

Sinds het schrappen van de noodsituatie geeft de meerderheid van de vrouwen die om een abortus vragen, als motivatie voor het verzoek de afwezigheid van het voornemen om een kind te krijgen. Van de 22.519 door de Commissie geregistreerde abortussen in 2019, werd 27,42% gelinkt aan het motief van de afwezigheid van voornemen om een kind te krijgen (in absolute zin of omdat het gezin compleet is).<sup>120</sup> 14,21% werd gelinkt aan relationele problemen, 13,23% aan het socio-demografisch profiel van de zwangere vrouw (leeftijd, werksituatie, persoonlijke situatie, etc.), 9,37% aan financiële instabiliteit, 3,6% aan medische redenen (gezondheid zwangere vrouw of foetus), 0,19% aan verkrachting of incest die de zwangerschap deed ontstaan, en 31,96% aan andere redenen<sup>121</sup> (Nationale Evaluatiecommissie, 2021). Persoonlijke, sociaal-economische, relationele en culturele motieven blijken dus waarschijnlijk met elkaar verweven eens men de vele onderliggende verklaringen ontrafelt. De beslissing wordt ook genomen in een tweedimensionaal tijdspectief: ze is verankerd in het moment waarop de zwangerschap wordt vastgesteld, maar houdt ook rekening met een projectie voor de toekomst van het potentiële kind (Vandamme, 2017).

### 5.2.4 Autonomie van de patiënte tijdens de procedure

#### 5.2.4.1 Patiëntgerichte zorg: geïnformeerde beslissingen en autonomie

Zoals hierboven vermeld, beschouwen de psychosociale en medische teams die in abortuscentra en -klinieken werken, een individuele follow-up van de patiënte en ondersteuning van haar persoonlijke besluitvormingsproces als hun kerntaak. Door de patiënte centraal te stellen in het zorgtraject moet de consultatie worden gepersonaliseerd en afgestemd op haar behoeften inzake tijd, beschikbaarheid, informatie en emotioneel welzijn. Er moet aandacht worden besteed aan het aspect van holistische zorgverlening met specifieke aandacht voor het fysieke, psychologische, sociale, religieuze of spirituele welzijn van het individu. De bovenstaande aanbevelingen betreffende de informatie en de wachttijd gaan in die richting.

In haar doctoraatswerk heeft Joke Vandamme (2017) het beslissingsproces van een groot aantal vrouwen die bij het LUNA-netwerk (Hasselt, Gent, Antwerpen, Oostende en Brussel (VUB) zijn komen aankloppen in verband met hun zwangerschap, uitge-

<sup>120</sup> Ondanks enige bezorgdheid dat NIPT en vroege identificatie van het foetale geslacht kunnen leiden tot abortusbeslissingen op basis van geslachtsselectie, melden experts uit het werkveld en uit werkgroep 1 dat dit in de dagelijkse praktijk uiterst zeldzaam is.

<sup>121</sup> Deze motivering ging van een percentage van 3,35% in 2018 naar een percentage van 31,96% in 2019 als gevolg van het schrappen van de vereiste om te getuigen van een noodsituatie en dus om abortus te motiveren. De vermelding van de andere motieven wordt uitgehouden, sommige in sterkere mate (geen kinderwens, volledig gezin, jonge leeftijd of studentenstatuut), waar in bepaalde gevallen minder behoefte lijkt om zich te verantwoorden.

breid geanalyseerd (er werd een steekproef van 971 vrouwen onderzocht). Dit werk werpt licht op het besluitvormingsproces, maar ook op de kwalitatieve criteria van de begeleiding, waardoor een geïnformeerde beslissing en het welzijn van de patiënte op korte en lange termijn mogelijk worden.

Een van de eerste parameters waar we ons van bewust moeten zijn, is dat een ongewenste of ongeplande zwangerschap een transitieve stress veroorzaakt. Die stress wordt echter pas weggenomen wanneer een oplossing wordt gevonden en een autonome beslissing wordt genomen dankzij adequate en onafhankelijke informatie. De rol van de begeleiding – die in de praktijk tijdens de psychosociale consultatie(s) plaatsvindt – is driedig. Ten eerste biedt ze de zwangere vrouw de tijd en de ruimte om verschillende inlichtingen te krijgen over de abortusprocedure en de praktische aspecten ervan. Ten tweede dient de sessie, dankzij de ontvangen informatie en de bespreking, als een bevestiging van de keuze die reeds vorm begon aan te nemen. Ten derde, en dankzij deze twee andere stappen, draagt de begeleidings sessie bij tot het verlichten van de stress als gevolg van de ongewenste zwangerschap.

De studie onderstreept het verband tussen een toestand van stress (of zelfs van emotionele nood) en mogelijke ambivalentie, waardoor het besluitvormingsproces wordt bemoeilijkt. In dergelijke gevallen kunnen er extra begeleidings sessies worden gepland, gespreid naargelang de behoeften van de zwangere vrouw. In de studie vertoonde echter slechts een zeer klein deel van de steekproef een dergelijke ambivalentie<sup>122</sup>, terwijl de overgrote meerderheid van de patiëntes een hoge mate van zekerheid vertoonde ten aanzien van hun beslissing om de zwangerschap af te breken. De vastheid van de beslissing komt overeen met de bevindingen van een eerdere studie, die de zekerheid van de patiëntes door het begeleidingsproces heen onderstreept, zelfs al is er een verplichte wachttijd (Goenee *et al.*, 2014). De patiëntes met veel twijfels vertoonden ook hogere stressniveaus, wat aantoont dat de tussentijdse toestand aan de grondslag ligt van emotionele stress. Daarom lijkt de beslissing om de zwangerschap af te breken of voort te zetten een oplossing om de periode waarin de stresssituatie het hoogst is, af te sluiten.

Een focus op het welzijn van de patiënte moet bijgevolg rekening houden met de behoeften van patiëntes in een situatie van ambivalentie, met aangepaste begeleidings sessies – die reeds beschikbaar zijn en worden aangeboden. Anderzijds moet ook rekening worden gehouden met de behoeften van patiëntes met een hoge mate van zekerheid, door hen niet te dwingen de abortus uit te stellen, wat een toestand van stress onnodig verlengt.

Een ander punt dat in de studie wordt benadrukt, is de noodzaak van een autonome beslissing. Hoewel elk individu in elke samenleving onderhevig is aan verschillende culturele of sociale invloeden, kunnen in de huidige context van ongewenste zwan-

<sup>122</sup> Ambivalentie komt tot uiting wanneer meer dan twee keer dialectische gedachten over de voortzetting van de zwangerschap opduiken.

gerschap sommige invloeden van buitenaf het vermogen van de vrouw om een autonome beslissing te nemen, negatief beïnvloeden.

Eén factor is de rol van de partner: hoewel een ondersteunende partner een aanwinst kan zijn in het proces, moet de rol van de partner in de beslissing ondergeschikt blijven. Als de patiënte het gevoel heeft dat de beslissing niet haar eigen beslissing is, zal zij ontevreden blijven over het resultaat van de beslissing. In dit verband merken de leden van de werkgroep op dat de psychosociale teams in abortusklinieken en centra voor gezinsplanning zich terdege bewust zijn van deze belangen en vaak eisen dat ten minste één consultatiemoment met de vrouw alleen moet worden aangeboden. Vergelijkbare bevindingen worden vermeld in de studie van Vandamme (2017) over de invloed van de familie op het proces.

Een andere factor met betrekking tot de autonomie van de patiënte betreft de morele overwegingen over abortus en het stigma dat rond de procedure kan hangen. Vandamme (2017) en andere auteurs tonen respectievelijk door een grondige verkenning van de wetenschappelijke literatuur (Hanschmidt *et al.*, 2016) en longitudinale studies (Rocca *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2020) aan dat de vooroordelen en het stigma rond abortus de stress versterken die vrouwen met een ongewenste zwangerschap ervaren, hoewel ze geen effect hebben op het abortuscijfer op nationaal niveau. Vrouwen die worden blootgesteld aan overwegingen over het mogelijke morele gewicht van abortus lopen meer kans dat hun mentale gezondheid in gevaar komt door een ongewenste zwangerschap. Auteurs merken op dat penalisering van abortus moet worden opgevat als het soort stigma dat een negatieve invloed heeft op het welzijn van vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap (Hanschmidt *et al.*, 2016).

Het lijkt ook belangrijk erop te wijzen dat culturele achtergrond en religieuze overtuigingen niet mogen worden beschouwd als factoren voor kwetsbaarheid tijdens de besluitvorming. Elk individu beschikt over een geheel van sociale en culturele opvattingen die een wereldbeeld vormen dat de eigen keuzes en beslissingen kan beïnvloeden. Beslissingen in verband met de afbreking van een zwangerschap kunnen meer specifiek berusten op ethische opvattingen over autonomie en verantwoordelijkheid, die waarschijnlijk zijn ingegeven door levensbeschouwelijke, religieuze overtuigingen en/of religieuze voorschriften.<sup>123</sup> Abortuscentra zijn dan wel niet bedoeld om religieus advies te geven, maar het in aanmerking nemen van de rol van deze parameters in het besluitvormingsproces van de patiënte ondersteunt een geïnformeerde en autonome beslissing.

Voorbeeld: meerdere leden van de werkgroep hebben melding gemaakt van terugkerende gevallen van patiëntes die morele conflicten ervaren tussen hun voornemen met betrekking tot de uitkomst van een zwangerschap en religi-

<sup>123</sup> Zo is het meest gangbare standpunt in de Islam om de verwerving van de ziel door de foetus na 120 dagen zwangerschap in acht te nemen en daarom zwangerschapsafbrekingen tot deze termijn toe te laten. Het katholicisme hanteert het standpunt dat het menselijk leven begint bij de bevruchting en niet mag worden afgebroken.

euze voorschriften. Er is vastgesteld dat occasionele samenwerking met religieuze vertegenwoordigers die pastorale begeleiding kunnen bieden, goede resultaten kan opleveren bij de ondersteuning van het besluitvormingsproces en soms mogelijke morele conflicten kan verlichten.

#### 5.2.4.2 Abortusmethoden, pijnbestrijding en sedatie: keuze en bepalende factoren

De Wet Patiëntenrechten bepaalt dat de patiënte moet worden geïnformeerd over de verschillende opties voor een ingreep en, wanneer van toepassing, een geïnformeerde keuze uit de opties moet kunnen maken. In het geval van abortusprocedures zou dit zich moeten vertalen in de mogelijkheid om een keuze te maken op vlak van methoden en sedatiemogelijkheden, maar dat is in de praktijk niet altijd het geval. Bovendien kan de patiënte worden beïnvloed door gedeeltelijke informatie van de instelling en de beroepsbeoefenaren waartoe zij zich richt.

De keuze van verdovings- en abortusmethode hangt inderdaad vaak niet af van de keuze van de patiënte, maar van het soort instelling waar zij naartoe gaat. In een ziekenhuis wordt een chirurgische abortus meestal uitgevoerd onder algemene verdoving of sedatie. Het plaatselijke protocol van het ziekenhuis stelt echter vaak voorwaarden aan de abortusmethode, en zelfs wanneer beide methoden denkbaar zijn, kan de patiënte niet altijd kiezen tussen een medicamenteuze of een chirurgische abortus. Abortuscentra daarentegen kunnen alleen met plaatselijke verdoving werken. Sommige vrouwen klagen dat de chirurgische abortus (onder louter plaatselijke verdoving) een pijnlijke ervaring is. In landen als Nederland of Engeland mogen abortuscentra echter bepaalde vormen van lichte sedatie (maar geen anesthesie) aanbieden, op voorwaarde dat er opgeleide professionals beschikbaar zijn. Als het gaat om medicamenteuze of chirurgische abortus, hanteren de abortuscentra het principe om de patiënte de keuze te bieden (zolang de zwangerschapsduur een medicamenteuze abortus toelaat).

Daarnaast kan het beleid inzake medicamenteuze abortus van centrum tot centrum verschillen. De meeste abortuscentra bieden medicamenteuze abortus aan voor zwangerschappen tot 7 weken na de bevruchting. Leden van werkgroep 1 hebben getuigenissen ontvangen van centra die slechts tot 5 weken na de bevruchting een medicamenteuze abortus uitvoeren, wat de periode waarin vrouwen voor deze methode in aanmerking komen, verkort. Andere landen hebben uitgebreidere bepalingen: medicamenteuze abortus is toegestaan tot 7 weken na de bevruchting (9 WA) in Frankrijk en 7 weken + 6 dagen in het Verenigd Koninkrijk. Professionele richtlijnen die de praktijk stroomlijnen zouden welkom zijn.

De eerste afspraak in een bepaalde structuur (of het nu een ziekenhuis of een abortuscentrum is) mag in elk geval niet bepalend zijn voor het soort abortusmethode of het soort sedatie. De leden van de groep hebben een aantal goede praktijken waargenomen die momenteel in verschillende instellingen worden toegepast en die veralgemeend zouden moeten worden:

- De patiënte moet worden geïnformeerd over de bestaande mogelijkheden inzake abortusmethoden die zijn afgestemd op de zwangerschapsduur en haar gezondheidstoestand, ongeacht de beschikbaarheid van deze methoden in de zorginstelling.
- De patiënte moet worden geïnformeerd over de bestaande mogelijkheden van anesthesie, sedatie en pijnbestrijding, afgestemd op de abortusmethode, ongeacht de beschikbaarheid van deze methoden in de zorginstelling.
- Indien de voorkeursoptie van de patiënte niet beschikbaar is in de instelling, moet zij worden doorverwezen naar een abortusaanbieder (abortuscentrum, arts of ziekenhuis) die haar de abortus- en sedatiemethode van haar keuze kan aanbieden.
- In geval van verwijzing van de patiënte moeten de medische en administratieve gegevens van de eerste consultatie worden overgedragen aan de nieuwe abortusverstrekker (indien beschikbaar), zodat de eerste consultatie kan worden beschouwd als het eerste verzoek om abortus.
- De patiënte moet ook de keuze hebben om een medicamenteuze abortus te ondergaan in een ambulante abortuscentrum of thuis.

In het licht van de discussies van de werkgroep die de mogelijkheden van sedatie ondersteunden, beveelt het Wetenschappelijk Comité aan om de mogelijkheden van lichte sedatie in deze centra te vergemakkelijken, op voorwaarde dat structurele criteria en de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel wordt gerespecteerd. Deze certificatiecriteria kunnen het uitvoeren van een minimumaantal abortusprocedures per jaar in het centrum omvatten, de nodige opleiding van teamleden, de aanwezigheid van specifieke medische apparatuur, de aanwezigheid van een gekwalificeerde zorgverlener die exclusief verantwoordelijk is voor sedatie, enz.

#### 5.2.4.3 Samenwerking tussen ziekenhuizen en abortuscentra

Een goede samenwerking tussen centra en ziekenhuizen is van cruciaal belang om patiëntes een weloverwogen keuze te kunnen laten maken.

De ambulante abortuscentra die een RIZIV-conventie hebben, moeten een ondertekende overeenkomst hebben met ten minste één ziekenhuis waar zij patiëntes met complicaties naartoe kunnen sturen, alsook patiëntes met een medisch risicoprofiel die gespecialiseerd toezicht nodig hebben, en om abortus onder sedatie/algemene anesthesie uit te voeren.

In sommige regio's is er een groot tekort aan ziekenhuizen die abortussen uitvoeren. De terughoudendheid om abortus uit te voeren, heeft tot gevolg dat sommige abortuscentra patiëntes met complicaties moeten doorverwijzen naar ziekenhuizen die er om levensbeschouwelijke redenen voor hebben gekozen geen abortussen uit te voeren. Het gevolg daarvan is dat de patiënte slecht wordt begrepen en opgevolgd. Patiëntes uit die regio's die een medisch risicoprofiel vertonen of die een abortus onder sedatie/algemene verdoving wensen, moeten soms grote afstanden reizen om hun abortus in een ziekenhuis te bekomen.



Na raadpleging van alle abortuscentra hebben wij vastgesteld dat in sommige gevallen een goede samenwerking bestaat met het partnerziekenhuis, wat omvat dat die laatste de farmaceutische toegang tot mifepriston (Mifegyne) vlot aanbiedt, alsook de opvolging van complicaties en abortus onder algemene verdoving/sedatie. In andere gevallen moeten de abortuscentra door het gebrek aan plaatselijke ziekenhuizen die abortussen uitvoeren, dan weer een uitgebreide contactenlijst hebben en verschillende partnerschappen aangaan voor deze drie taken. In sommige gevallen is er één ziekenhuis voor de farmaceutische toegang tot mifepriston (Mifegyne) (dat soms tientallen kilometers verderop ligt), en zijn er daarnaast lokale referentieziekenhuizen die alleen gynaecologische noodgevallen willen behandelen.

Volgens het Koninklijk besluit tot bepaling van de voorwaarden voor het voorschrijven en de aflevering van de geneesmiddelen die mifepriston, misoprostol of gemeprost moeten de ambulante abortuscentra de Mifegyne voor de medicamenteuze abortusprocedure in een ziekenhuisapotheek kopen. De aflevering van Mifegyne mag namelijk alleen worden uitgevoerd door de ziekenhuisapotheker op vertoon van een voorschrift. Aangezien sommige ziekenhuisapotheken de tekst van het koninklijk besluit zeer strikt interpreteren, levert de aankoop van Mifegyne door abortuscentra vaak onnodige administratieve belemmeringen op, die de beschikbaarheid van het middel beperken.

Een kleine wijziging van de tekst van het koninklijk besluit zou dit administratieve probleem kunnen oplossen. De werkgroep stelt voor dat het koninklijk besluit een aantal dozen Mifegyne vastlegt die in bulk kunnen worden verkocht aan de ambulante abortuscentra (bv. ambulante abortuscentra met een RIZIV-conventie) met de mogelijkheid om de voorschriften later in te leveren.

**De werkgroep en het Wetenschappelijk Comité bevelen aan de toegang tot mifepriston (Mifegyne) en misoprostol (Cytotec) te vergemakkelijken, bijvoorbeeld door toe te laten dat een stock van deze middelen wordt verkregen.** Deze moleculen zijn essentieel geworden bij procedures van medicamenteuze abortus, alsook bij de behandeling van onder meer miskramen, foetale sterfte in de baarmoeder, bloedingen na de bevalling en opwekking van weeën. **Een vergemakkelijkt toegang moet een vereenvoudiging van de verdelingsprocedures, registratie en controle inhouden, zowel in de ziekenhuizen als in de andere centra.**

#### 5.2.4.4 Beheer van abortus op afstand

In maart 2020 werd het hele land geconfronteerd met een ongekende pandemie, wat leidde tot een lockdown en verdere beperkende maatregelen die de gehele gezondheidszorgverlening bedreigden. Het zorgsysteem werd gedwongen de zorgverlening aan te passen aan de omstandigheden van het moment. Dit daagde de abortuscentra ook uit om hun zorgverlening zodanig te organiseren dat een continuïteit van zorg kon worden gewaarborgd. Aangezien de hoofdvraag toen was: “welke delen van de zorgverlening zouden via zorg op afstand kunnen verlopen zonder de kwaliteit en de veiligheid van de zorg in gevaar te brengen?”, erkent de werkgroep dat uit deze ervaring kwalitatieve criteria kunnen worden afgeleid voor een bestendige implementatie van abortusbeheer op afstand.

Minstens twee aspecten van de zorgverlening kwamen in aanmerking voor beheer op afstand tijdens de covid-pandemie: de psychosociale consultatie en de tweede fase van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking.

#### Mogelijkheid tot een psychosociale consultatie op afstand (“telebegeleiding”)

Wanneer patiëntes belden om een afspraak te maken tijdens de crisis, werd de mogelijkheid van een consultatie op afstand besproken. Er werd zorgvuldig nagegaan of een consultatie op afstand dezelfde zorgkwaliteit zou garanderen als een face-to-faceconsultatie. Sommige omstandigheden vereisen duidelijk een face-to-faceconsultatie, bijvoorbeeld bij twijfel over de duur van de zwangerschap, relationele omstandigheden die het moeilijk maken een beslissing te nemen of als er een taal- of communicatieprobleem is. De ervaring leerde niettemin dat consultaties op afstand een hoge kwaliteitsstandaard kunnen hebben, aan de behoeften van cliëntes kunnen voldoen en zorg “op maat van de cliënte” kunnen bieden.

#### Tweede fase van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking

Wat betreft de wijzigingen aangaande het protocol voor de tweede fase van een medicamenteuze abortus konden wij een beroep doen op het inmiddels reguliere protocol voor medicamenteuze zwangerschapsafbreking van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). Tot maart 2020 was België een uitzondering door de vereiste dat de tweede fase van een medicamenteuze zwangerschapsafbreking (als gevolg van de RIZIV-conventieregeling) in het abortuscentrum moest plaatsvinden en niet bij de cliënte thuis kon.

De mogelijkheid om de tweede fase van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking thuis uit te voeren, met telefonische ondersteuning van het team van het abortuscentrum, werd besproken met degenen die in aanmerking kwamen voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking en ervoor kozen. Indien de cliënte deze fase in het abortuscentrum wenste te laten uitvoeren, was dit uiteraard een optie. Een opvallende bevinding was dat van deze laatste optie bijzonder weinig gebruik werd gemaakt. Cliëntes gaven aan zich meer op hun gemak te voelen in hun eigen huiselijke omgeving.

Abortusdiensten in het buitenland stonden voor soortgelijke uitdagingen (Aiken *et al.*, 2021a). Het soort protocol dat in België tijdens de coronapandemie is gebruikt, is het standaardprotocol in Groot-Brittannië (wat betreft de tweede fase in de thuisomgeving van de cliënte).<sup>124</sup> In een studie van Aiken *et al.* (2021b) vormt dit protocol de controlegroep. In de studie wordt deze standaardprocedure vergeleken met een protocol waarbij alle stappen via ‘telegeneeskunde’ worden uitgevoerd. De studie concludeert dat een model voor volledig telegeneeskundige medische abortus zonder testen en zonder echografie effectief, veilig en acceptabel is en de toegang tot zorg verbetert.

Op basis van de ervaringen tijdens de coronaperiode stelt de werkgroep dat bepaalde aspecten van abortusbeheer op afstand als optie kunnen worden aangeboden, om de toegang tot medicamenteuze abortus te verbeteren en te vergemakkelijken en de belemmeringen voor vrouwen met weinig flexibiliteit qua tijd en verplaatsing weg te nemen. Zo’n procedure vereist een aantal voorzorgsmaatregelen:

- Beoordelen of het profiel van de patiënte geschikt is voor een psychosociale consultatie op afstand. Rekening houden met mogelijke belemmeringen en conflicten (taalbarrière, misverstanden, spanningen binnen het koppel, verkeerde inschatting van de zwangerschapsduur, het bespreken van privé-zaken via de telefoon kan gemakkelijker of net moeilijker zijn, sommige personen zijn meer gerustgesteld door een persoonlijke ontmoeting ...). Merk op dat er nog steeds monsters en echoscopieën moeten worden genomen in een medisch centrum.
- De mogelijkheid tot een gesprek van goede kwaliteit moet een noodzakelijke voorwaarde zijn: ervoor zorgen dat de eerste psychosociale consultatie op afstand even lang duurt en evenveel onderwerpen omvat als een face-to-facegesprek.
- Beoordelen of de patiënte in aanmerking komt voor de tweede fase van een medicamenteuze procedure voor zwangerschapsafbreking – in het bijzonder met gemakkelijke telefonische toegang en gemakkelijke toegang tot een ziekenhuis of tot het centrum in geval van complicaties.

Recente ontwikkelingen die door de werkgroep zijn benadrukt, hebben de relevantie aangetoond van de ontwikkeling van mogelijkheden voor abortusbeheer op afstand, voor specifieke stappen van de procedure.

<sup>124</sup> In de meeste gezinsplanningcentra die abortussen uitvoeren (GACEHPA), werd tijdens de pandemie de volgende keuze gemaakt (ook geïnspireerd door wat in het VK en in andere landen gebeurde): de psychosociale en medische consultatie vóór aangaan aan de abortus werd gehandhaafd en de patiëntes werd de mogelijkheid geboden om de gehele medische zwangerschapsafbreking thuis te ondergaan (zowel de inname van mifepriston als de expulsie fase) met verkorting van de wachttijd om zoveel mogelijk patiëntes in staat te stellen voor een medicamenteuze abortus te kiezen. De dag van de expulsie werd zo gekozen dat er telefonische ondersteuning van het team was, en dat de patiënte zo nodig naar het centrum kon komen. Dit is in de meeste gevallen een bevredigende oplossing gebleken en heeft het aandeel van medicamenteuze abortus aanzienlijk verhoogd.

**Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan de mogelijkheid te bieden dat de eerste consultatie die een abortusprocedure opstart, bestaande uit een psychosociale consultatie, op afstand plaatsvindt, voor zover dezelfde kwaliteit van zorg als bij een face-to-faceconsultatie wordt gewaarborgd.**

**In het geval van medicamenteuze abortus beveelt het Wetenschappelijk Comité aan dat de tweede fase van de procedure eventueel bij de patiënte thuis kan worden uitgevoerd, voor zover de patiënte de mogelijkheid heeft om tijdens het proces telefonisch te worden begeleid en in geval van complicaties gemakkelijk toegang heeft tot een nabijgelegen ziekenhuis.**

### 5.2.5 Psychosociale consultatie zonder dat er een abortus op volgt

De meeste vrouwen die om een consultatie over abortus vragen, hebben al beslist een abortus te ondergaan. Een minderheid van de vrouwen komt echter naar deze consultatie omdat zij hulp nodig hebben bij het nemen van een beslissing (ambivalentie, morele kwesties). Hoewel de meerderheid van de patiëntes die om een abortus vragen, de initiële beslissing bevestigt om de procedure te ondergaan (Goenee *et al.*, 2014; Vandamme, 2017), blijkt een klein deel niet door te gaan met de abortus. Volgens de cijfers die LUNA heeft verstrekt tijdens de hoorzitting van 2018 in de Kamer van Volksvertegenwoordigers (*Parl. St.* Kamer 2018, doc. nr. 54 3216/003), hebben 83 van de 100 vrouwen die kwamen opdagen op de eerste consultatie, de zwangerschapsafbreking voortgezet; 5 behielden de zwangerschap; 3 kregen een miskraam tijdens de wachttijd; 3 werden doorverwezen naar een abortuskliniek in het buitenland en 2 waren eigenlijk niet zwanger.<sup>125</sup> Deze cijfers zijn volgens LUNA stabiel door de jaren heen. Ze komen ook overeen met gegevens uit andere landen, zoals Nederland (Goenee *et al.*, 2014).

In België is er geen globale follow-up van de vrouwen die een dergelijk besluitvormingsproces hebben ondergaan. Er zijn echter negatieve gevolgen vastgesteld als de zwangerschap wordt voortgezet ondanks het feit dat ze ongewenst is. Dit kan met name gebeuren als de zwangerschapsduur de wettelijke grens voor een zwangerschapsafbreking op Belgische bodem overschrijdt. De meest gebruikelijke optie is dan om te kiezen voor een abortus in een ander land, waar abortus bij verdere zwangerschapsduur is toegestaan, zoals Nederland (tot 22 weken na de bevruchting (24 WA). In sommige gevallen (onvermogen om te reizen of zich een abortus in het buitenland te veroorloven, of een te ver gevorderde zwangerschapsduur) wordt de ongewenste zwangerschap ondanks alles uitgedragen.

<sup>125</sup> Er is een resterende 4% van de steekproef waarover geen follow-upinformatie bestaat.

Wetenschappelijke literatuur waarschuwt voor de mentale gezondheid en sociale gevolgen van die ongewenste zwangerschappen, voor de moeders, de gezinnen en de geboren kinderen (David, 2011; Biggs *et al.*, 2017). Het voorzetten van een ongewenste zwangerschap hoewel om een abortus werd verzocht, is gecorreleerd met hogere niveaus van angst, lage eigenwaarde en lage tevredenheid en, na de geboorte, met hoge risico's op depressie (Harris *et al.*, 2014; Foster *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2017; Miller *et al.*, 2020). De Turnaway Study heeft inderdaad uitgebreid onderzoek gedaan naar de gevolgen van het weigeren van een abortus voor vrouwen met een ongewenste zwangerschap. Het ontzeggen van een gevraagde abortus wordt geassocieerd met hogere angst- en stressniveaus (Harris *et al.*, 2014; Foster *et al.*, 2015). Het lijkt erop dat vrouwen die al een voorgeschiedenis van angst en depressie hebben, vaker om een abortus vragen dicht bij de wettelijke termijn qua zwangerschapsduur (Foster *et al.*, 2015). Vrouwen met die profielen lopen een verhoogd risico op psychische problemen als de gevraagde abortus hun wordt onthouden (Foster *et al.*, 2015; Biggs *et al.*, 2017). Volgens dezelfde grootschalige studie koos het merendeel van de vrouwen aan wie een abortus werd geweigerd, ervoor om het kind te baren en groot te brengen. Vervolgens wordt geconstateerd dat zij in het algemeen meer te maken krijgen met hoge armoedecijfers en een slechtere gezondheid in de volgende vijf jaar (Miller *et al.*, 2020).

Uit een longitudinaal onderzoek naar kinderen die geboren zijn uit ongewenste zwangerschappen blijkt dat zij meer risico lopen op een negatieve psychosociale ontwikkeling en een laag geestelijk welzijn. Hoewel er ook vormen van veerkracht worden waargenomen bij personen die in dergelijke contexten zijn geboren, zijn er ook aanzienlijke risico's dat zij psychiatrische behandeling nodig hebben (David, 2011).

### 5.2.6 Toegang tot abortus

De studie van Vandamme (Vandamme, 2017) belicht de belangrijkste factoren voor ontevredenheid over het abortusproces. Die factoren moeten ook aanzetten tot waakzaamheid met betrekking tot de huidige situatie van abortusvoorziening in België, de kwaliteit van de dienstverlening en de wijze waarop de voorwaarden voor abortus voor vrouwen die met een ongewenste zwangerschap worden geconfronteerd, kunnen worden verbeterd. Factoren voor ontevredenheid worden als volgt ingedeeld:

- Belemmeringen op vlak van toegang: de verplichte wachttijd, maar ook de vertraging bij het verkrijgen van een afspraak en de doorverwijzing van de ene naar de andere medische zorgverlener zijn vormen van belemmeringen die de toegang tot abortus bemoeilijken en de procedure vertragen. De noodzaak om meerdere malen, soms meerdere uren, te reizen (bus, trein, metro ...), waarbij telkens verlof moet worden genomen op het werk, bemoeilijkt de toegang tot abortus, vooral voor mensen die in afgelegen delen van België wonen. Sommige van de huidige wettelijke bepalingen inzake abortus (wacht-

tijd, vormen van onnodig uitstel) worden dus beschouwd als indirecte belemmeringen voor abortus.

- Ongeschikte of onvolledige informatie of ongeschikte begeleiding is een tweede factor van ontevredenheid. De studie benadrukt ook dat de huidige niveaus van tevredenheid over de kwaliteit van de begeleiding in de abortuscentra en de kwaliteit van de ontvangen informatie zeer hoog zijn. Dit wordt echter meer in de hand gewerkt door de opleiding en het professionalisme van de teams dan door de wettelijke bepalingen.
- Interacties met het personeel dat instaat voor de abortusprocedure: er wordt uiting gegeven aan ontevredenheid wanneer personeelsleden zich kil of veroordelend opstellen tegenover de patiënte. Een dergelijke houding is onwaarschijnlijk in abortuscentra, met speciaal opgeleide teamleden die ervoor gekozen hebben te werken in een voorziening die abortus aanbiedt. Zo iets kan wel gebeuren in ziekenhuizen, waar sommige leden van het medisch team – of zelfs van het ondersteuningsteam – de abortuspraktijk niet genegen zijn en de behoefte voelen om hun mening kenbaar te maken. Deze situaties wijzen op de noodzaak van een sensibiliseringsopleiding voor het medisch, paramedisch en psychosociaal personeel dat betrokken is bij abortuszorg.
- Medische complicaties komen dan wel niet vaak voor, maar zijn een duidelijke factor van ontevredenheid. Er worden al abortusprotocollen uitgewerkt ter preventie van complicaties. De beschikbaarheid van ziekenhuizen en behandelaars op de gynaecologische spoeddiensten van ziekenhuizen is een andere belangrijke factor bij de behandeling van abortuscomplicaties.

Het gebruik van andere abortuspraktijken dan die welke door medische structuren in België worden aangeboden, zou kunnen wijzen op toegangsproblemen voor sommige vrouwen. Women On Web is een organisatie die de reproductieve gezondheid van vrouwen bevordert door voorlichting te geven en toegang tot abortusmedicatie mogelijk te maken. Ze speelt een bijzonder belangrijke rol bij het toegankelijk maken van veilige abortus in landen waar abortus illegaal is of legaal, maar moeilijk toegankelijk. In België hebben in 2021, tijdens de coronapandemie, 160 patiëntes onlineconsultaties aangevraagd bij Women On Web. De redenen voor hun verzoeken (specifiek voor deze organisatie) waren: de abortus privé houden, het thuis comfortabel vinden, de noodzaak abortus geheim te houden voor partner/familie, een gewelddadige partner hebben, liever zelf hun abortus regelen, moeilijke toegang tot abortus wegens kinderopvang, werk-/schoolverplichtingen, wegens de kosten (geen ziektekostenverzekering), reisafstand. Sommige vrouwen wisten niet dat abortus legaal is en dat er abortuspillen verkrijgbaar zijn in België. Hieruit blijkt dat de toegang tot informatie en tot abortus niet altijd makkelijk is voor kwetsbare mensen.

### 5.2.6.1 Personen in een onzekere en kwetsbare situatie

Het verkeren in een kwetsbare situatie, zoals het gebukt gaan onder armoede, huiselijk geweld of eerdere psychische problemen vergroten niet alleen de kans op een ongewenste zwangerschap, maar ook op meer leed bij een dergelijke zwangerschap (Vandamme, 2017). Naast de stress die een ongewenste zwangerschap vaak met zich meebrengt, krijgen ze ook te kampen met administratieve, sociale of financiële belemmeringen.

Hoewel ongewenste zwangerschap en abortusaanvragen bij alle sociale categorieën vrouwen voorkomen, zijn er enkele factoren die het risico op ongeplande zwangerschappen en belemmeringen bij de toegang tot abortus vergroten. Leden van de werkgroep hebben verschillende factoren van sociale en financiële kwetsbaarheid geïdentificeerd waarmee rekening moet worden gehouden om de toegang tot abortus voor specifieke groepen te vergemakkelijken:

- Vrouwen in een illegale situatie (zonder papieren)
- Vrouwen die te kampen hebben met huiselijk geweld
- Dakloze vrouwen
- Vrouwen zonder of met een zeer laag inkomen
- Vrouwen zonder ziektekostenverzekering (wegens een financieel precaire situatie of het onvermogen om administratieve stappen te ondernemen)
- Vrouwen die geen van de landstalen spreken en een tolk nodig hebben
- Minderjarige vrouwen

Die factoren kunnen een abortus voor een ongewenste zwangerschap op verschillende manieren in de weg staan. Ten eerste geven veel kwetsbare vrouwen blijk van wantrouwen tegenover de sociale en medische dienstverlening, meestal uit angst dat een illegale situatie aan de autoriteiten zou kunnen worden gemeld. Patiëntes zonder papieren blijven ver weg van gezondheidsdiensten zoals abortuscentra: er zijn gevallen waarin zij zijn aangegeven bij het OCMW of bij de politie. Een wantrouwen bestaat ook wat betreft de voorwaarden om toegang te krijgen tot abortusdiensten: het feit dat men geen papieren heeft en/of dakloos is sluit bijstand van het OCMW uit. Voor patiëntes met een multifactoriële noodsituatie is abortus het meest urgente verzoek. In de centra voor gezinsplanning proberen de teams de patiënte echter ook door te verwijzen naar andere sociale diensten en hulp en oplossingen te bieden (echtscheidingsprocedure, hulp bij huiselijk geweld, financiële steun, administratieve steun voor asiel of papieren, ...). Kwetsbaardere patiëntes (vrouwen zonder papieren, dakloze vrouwen, ...) staan ook meer bloot aan seksueel geweld, dat kan leiden tot ongewenste zwangerschappen, zoals gedocumenteerd door wetenschappelijke literatuur (Casillas *et al.*, 2015; Tinglöf *et al.*, 2015). Bovendien worden patiëntes die de landstaal niet spreken, geconfronteerd met extra kosten voor vertaaldiensten. De verscheidenheid, complexiteit en mate van blootstelling aan deze situaties hangt af van geografische factoren, met een grotere prevalentie in grote steden, terwijl plattelandsgebieden meer te maken hebben met vervoersproblemen en sociaal isolement.

### 5.2.6.2 Financiële toegang

Financiële toegang betreft een realiteit die meerdere facetten kent, die zowel de patiëntes als de abortuscentra aanbelangen. Aan de kant van de patiëntes moet worden opgemerkt dat het universele ziekteverzekeringssysteem abortuscentra in staat stelt abortus uit te voeren in een kwaliteitsvolle en gemedicaliseerde omgeving, tegen lagere kosten voor de patiënte (minder dan 5 euro). Voor abortusprotocollen in ziekenhuizen wordt de patiënte rechtstreeks door het ziekenhuis gefactureerd en terugbetaald tegen het door de ziektekostenverzekeraar vastgestelde tarief. De kosten kunnen per ziekenhuis verschillen. Merk ook op dat sociaaleconomische kwetsbaarheid waarschijnlijk gepaard gaat met een onregelmatig administratief statuut en het ontbreken van een ziektekostenverzekering, waardoor anticonceptie en abortus onbetaalbaar worden voor de betrokken vrouwen.

Voor dakloze patiëntes en/of patiëntes zonder papieren is de situatie echter veel complexer. Zij die een asielaanvraagprocedure doorlopen, kunnen zich richten tot de structuur waar ze zijn geregistreerd (Fedasil of Rode Kruis). Als zij niet in een dergelijk proces zijn geregistreerd, kunnen zij zich wenden tot een OCMW-structuur of om DMH (Dringende Medische Hulp) verzoeken – met het risico dat zij bij de autoriteiten worden aangegeven en uiteindelijk van het grondgebied worden verwijderd. Tijdens de hoorzittingen ter voorbereiding van dit verslag werden verhalen gedeeld over vluchtelingen die de weg naar hulp bij de toegang tot abortus in hun eerste trimester niet konden vinden. Dit brengt hen in een nog hachelijkere situatie wanneer zij naar het buitenland moeten reizen (wat hun wettelijk niet is toegestaan) om een abortus te ondergaan tegen een prijs die zij zich niet kunnen veroorloven (meestal meer dan 1000 euro). De procedure voor het aanvragen van DMH verloopt dan weer te traag en met te veel voorwaarden. Dit systeem stelt problemen op vlak van efficiëntie voor dringende gevallen, waaronder abortusverzoeken, die het zou moeten ondersteunen.

Een in 2022 opgesteld rapport van de ngo Dokters van de Wereld (Fligitter *et al.*, 2022) beschrijft de manier waarop de administratieve stappen en de voorwaarden voor toegang tot DMH in de praktijk een belangrijke barrière of zelfs belemmering voor abortus kunnen vormen. Dankzij dit statuut kan het OCMW de medische ziektekosten op zich nemen van mensen die niet legaal in het land verblijven of uitgesloten zijn van sociale bijstand. Als een arts vaststelt dat een persoon dringende zorg nodig heeft, kan een verzoek om een DMH-statuuat naar het lokale OCMW worden gestuurd. Dat OCMW kan dan een sociaal onderzoek starten dat kan leiden tot een DMH-statuuat als aan een reeks voorwaarden is voldaan. Het verslag onderstreept verschillende aspecten die het huidige DMH-systeem inefficiënt maken voor abortusaanvragen.

### 1. Toegangsvoorwaarden:

Veel OCMW's vereisen dat wordt voldaan aan voorwaarden die restrictiever zijn dan de wettelijke bepalingen (d.w.z. door om een verblijfsadres te vragen, door een bepaalde verblijfsduur op Belgische grond te eisen, door het migratietraject uitgebreid te onderzoeken om er zeker van te zijn dat er geen andere ziektekostenverzekeraar reeds bijstand verleend – allemaal bijkomend ten opzichte van de huidige voorwaarden). De ngo beveelt een **vereenvoudiging van de procedure** aan, overeenkomstig de huidige wettelijke bepalingen.

### 2. Erkenning van abortus als dringende medische zorg en uitstel van verkrijging

De termijnen voor het verkrijgen van een antwoord en van een mogelijk DMH-statuut zijn te lang: de wet voorziet in een antwoord binnen maximaal 38 dagen na het eerste verzoek. Aangezien abortuszorg niet als dringende zorg wordt beschouwd, moet de patiënte na het verkrijgen van het statuut bovendien op raadpleging gaan bij een door het OCMW aangewezen huisarts, die toestemming voor de abortus zal geven. Er is een extra wachttijd voor de bevestiging, die één tot dertig dagen kan duren. De abortus mag dan alleen plaatsvinden in een abortuscentrum dat een overeenkomst heeft met het OCMW. Dit betekent dat een zwangere vrouw waarschijnlijk nog enkele weken tot elf weken moet wachten voordat zij een abortus met DMH-statuut kan krijgen. De kans is uiterst groot dat de zwangerschapsduur dan de wettelijke 12 weken overschrijdt. De ngo beveelt aan de kwalificatie van **abortus te wijzigen naar spoedeisende zorg**, zodat de tweede stap kan worden geschrappt (raadpleging van een huisarts na het verkrijgen van het statuut). Bovendien zou de abortusprocedure dan kunnen worden verkregen voordat het DMH-statuut wordt bevestigd, en kunnen worden gefinancierd door het OCMW, dat later kan worden terugbetaald door het DMH-fonds wanneer het statuut wordt toegekend.

### 3. Belemmeringen vanwege eerstelijnsprofessionals

Sommige werknemers van het OCMW maken denigrerende opmerkingen over de abortusbeslissing wanneer zij worden geconfronteerd met vrouwen die een DMH-statuut aanvragen met het oog op een abortus. Dit heeft ertoe geleid dat heel wat vrouwen die om een DMH-statuut vroegen, de procedure hebben gestaakt. De ngo beveelt aan een **sensibiliseringstraining op vlak van abortus** aan te bieden aan maatschappelijk werkers van de eerste lijn.

Abortuscentra worden bijgevolg ingezet voor de behandeling van patiëntes in dergelijke precaire situaties die het moeilijk hebben om de abortus te betalen, met name **patiëntes zonder ziektekostenverzekering of minderjarige patiëntes** die nog onder de verzekering van hun ouders vallen. Een van de opties voor de centra voor gezinsplanning bestaat erin die patiëntes te helpen de situatie te regulariseren, wat een extra vertraging en extra werk voor het sociale team veroorzaakt. Een andere optie, in de moeilijker gevallen, is dat de centra de abortuskosten geheel of gedeeltelijk betalen in plaats van de patiënte met behulp van een toegewijd budget. Dit veroorzaakt uiteraard een hoge financiële last voor de structuren, die vaak een dergelijk budget hebben aangelegd, vaak dankzij donaties of besparingen. Hieraan moet worden toegevoegd dat centra in geografische zones die meer blootgesteld zijn aan bestaansonzekerheid, een groter percentage financieel kwetsbare patiëntes hebben en dus meer financiële problemen. Abortuscentra zijn dus niet gelijk wat financiering betreft, nu dit afhankelijk is van hun locatie en het sociaal-demografische profiel van hun patiëntes. Het percentage kwetsbare patiëntes en patiëntes die kunnen terugvallen op DMH is in sommige plaatsen veel hoger en in andere bijna onbestaand.

**Op basis van die gegevens en van de waarnemingen uit het terrein beveelt de werkgroep samen met het Wetenschappelijk Comité het volgende aan:**

- **financiële bijstand die zwangerschapsafbreking betaalbaar maakt, ongeacht het statuut van de patiënte;**
- **vereenvoudigde toegang tot DMH, en de erkenning van abortus als dringende zorg om de vertraging tussen het verzoek en het antwoord te beperken.**

Een lid van de werkgroep beveelt aan de abortuscentra niet per medische handeling maar met een vast budget te financieren, om de financiering van de structuren te stabiliseren en procedures voor kwetsbare patiëntes mogelijk te maken. Dit wordt verklaard door het feit dat sommige abortuscentra geconfronteerd worden met veel patiëntes die niet gedekt zijn door ziektekostenverzekering en zonder DMH-statuut. Dit betekent dat deze centra financiële problemen ondervinden omdat de kwetsbare patiëntes zich in de onmogelijkheid bevinden om medische facturen die niet door de ziektekostenverzekering worden gedekt te betalen. Er zou een budget voor speciale behoeften kunnen worden gecreëerd – maar dergelijke realiteiten zijn niet gelijk over de instellingen die abortussen verstrekken verdeeld. Een vast budget zou daarentegen gevaarlijk zijn voor de meeste centra/klinieken die het huidige RIZIV-systeem als globaal doeltreffend ervaren.

### 5.2.6.3 Confidentialiteit

In de context van toenemende digitalisering vormt de moeilijkheid om de confidentialiteit van de abortus te bewaren voor patiënten die dat wensen een mogelijke belemmering voor de toegang tot deze interventie. Verschillende elementen van medische informatie met betrekking tot de abortus worden gedeeld via het medisch dossier van de patiënte, waardoor het moeilijk is de abortus vertrouwelijk te houden.

Deskundigen van de werkgroep melden bijvoorbeeld dat zij regelmatig worden geconfronteerd met jonge vrouwen onder 18 jaar die ervoor kiezen de kosten van de abortusprocedure volledig te betalen, zonder terugbetaling door de ziektekostenverzekering. Aangezien zij afhankelijk zijn van de ziektekostenverzekering van hun ouders, zou de terugbetaling op het gezinsoverzicht van de ziektekostenverzekering verschijnen, waardoor de confidentialiteit die sommige jonge vrouwen over hun zwangerschapsafbreking willen bewaren, wordt geschonden. Een soortgelijke kwestie doet zich voor bij vrouwen die huiselijk geweld door hun partner ondergaan: sommige vrouwen zouden gevaar kunnen lopen indien de terugbetaling van abortus op het overzicht van de ziektekostenverzekering zou staan. Hun enige optie tot nu toe is de abortuskosten te betalen zonder tussenkomst van de ziektekostenverzekering.

De digitale medische dossiers hergroeperen een deel van deze vertrouwelijke informatie (het voorschrijven van medicatie zoals Mifegyne, kan in het dossier worden gevonden, evenals bloedafnames die de zwangerschap vaststellen of de eventuele plaatsing van LARC (langdurige anticonceptie) – het spiraaltje bijvoorbeeld – op het moment van de abortus). Deze informatie wordt soms bekendgemaakt aan de huisarts of andere beroepsbeoefenaars die niets met de abortus te maken hebben. Veel ziekenhuizen geven alle informatie over raadplegingen en behandelingen in hun structuur automatisch door aan de huisarts, zonder de uitdrukkelijke toestemming van de patiënte hierover in te winnen. Tania Moerenhoudt en haar collega's hebben enkele gevolgen van de digitalisering en centralisering van medische gegevens onderzocht (Moerenhout *et al.*, 2020). Hoewel het onderzoek het positieve effect van deze evoluties op de algemene kwaliteit van de zorg benadrukt, wijzen de auteurs op de risico's van afzwakking van de vertrouwensrelatie tussen patiënte en zorgverlener en de mogelijke inbreuken op de confidentialiteit, vooral in het geval van patiëntes met familieleden of naasten die tot de medische wereld behoren en dus gemakkelijk toegang hebben tot hun dossier. Ook de autonomie van de patiënte staat op het spel, met name wanneer zij de controle verliest over het soort informatie dat wordt gedeeld. De auteurs vermelden ook dat het dossier en de manier waarop informatie wordt gedeeld een extra risico vormen voor *confirmation bias*, die de kwaliteit van de zorg zou kunnen schaden.

De mogelijke inbreuken op de confidentialiteit zijn in de werkgroep als volgt geïdentificeerd:

- Digitaal medisch dossier:
  - Informatie zoals resultaten van bloedanalyses voor zwangerschap, resultaat van een echografie
  - Toegankelijk voor de huisarts of een andere arts (die een familielid kan zijn)

Een oplossing die de abortuscentra in Vlaanderen hebben gevonden, is het afdrucken van een verslag na de abortus, dat aan de patiënte wordt gegeven, die dan kan kiezen met wie zij het deelt:

- Gedeeld farmaceutisch dossier
  - Informatie zoals het voorschrift voor Mifegyne
  - Het dossier is beschikbaar voor apothekers en huisartsen
- Maandelijks verslag van de terugbetaling (van sommige zorgverzekeringen), gestuurd naar de rekeninghouder
  - Informatie zoals de vergoedingscode voor abortus kan worden vermeld<sup>126</sup>
  - Dit verslag kan worden gelezen door een partner of een naaste (bv. ouder).
- Ziekenhuizen kunnen een verslag van de bezoeken bezorgen aan de huisarts, ook voor abortussen. Dit gebeurt vaak automatisch, zonder de toestemming van de patiënte te verzoeken.

Er werden echter andere potentiële oplossingen geïdentificeerd, op andere medische gebieden of met eerdere versies van het informatie-uitwisselingsprotocol. Vroeger werd de confidentialiteit door de ziekenfondsen verzekerd door een “pseudocode” voor het RIZIV, die niet kon worden getraceerd. Momenteel bestaat een soortgelijke regeling voor medisch begeleide voortplanting: de details van het gevolgde protocol worden niet in het dossier vermeld. Dezelfde vragen en kwesties spelen ook bij behandelingen van HIV.

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om met voorrang **de procedures te ontwikkelen die nodig zijn om deze confidentialiteit te waarborgen** wanneer vrouwen of koppels dit wensen. Deze procedures moeten de patiënt in staat stellen om **per geval te beslissen welke beroepsbeoefenaar toegang heeft** tot de gegevens in zijn dossier (ziekenfonds dossier, gedigitaliseerd algemeen medisch dossier, ziekenhuisdossier en informatie die aan de huisarts wordt bezorgd).

<sup>126</sup> Leden van werkgroep 1 wijzen erop dat een eerdere bepaling, waar een “pseudocode” aan te pas kwam, ervoor zorgde dat de RIZIV-code voor abortus nergens te zien was. Volgens de vertegenwoordigers van het RIZIV die op de zitting zijn gehoord, is deze bepaling niet langer houdbaar gelet op de algemene digitalisering.

Deze confidentialiteit omvat meerdere aspecten, zoals het voorschrijven van specifieke geneesmiddelen, de terugbetaling van medische zorg door het ziekenfonds of de analyses die **enkel zichtbaar en toegankelijk zouden mogen zijn voor de voorschrijvende arts** (bijvoorbeeld de resultaten van hCG bloedonderzoeken).

In dit verband bevelen wij aan een aantal punten in aanmerking te nemen met betrekking tot abortus en alle medische onderzoeken, testresultaten en gegevens in verband met abortus. Deze discussie zou ook andere medische gebieden en protocollen kunnen omvatten:

- Wij bevelen aan dat de patiëntes per geval inspraak hebben over welke gezondheidsprofessionals toegang hebben tot wat er in hun dossier staat, of het nu gaat om het ziekenfondsdossier, het algemene digitale medische dossier, het ziekenhuisdossier of de informatie die naar de huisarts wordt gestuurd.
- Wij bevelen aan dat resultaten van analyses, voorschriften van medicatie of monsters alleen kunnen worden bekeken en toegankelijk zijn voor de arts die het verzoek om analyse heeft gesteld (bv. resultaten van HCG-bloedtesten).

Indien geen bevredigende oplossingen worden gevonden om de confidentialiteit van het dossier te waarborgen, stelt het Wetenschappelijk Comité voor om, niettegenstaande de Kwaliteitswet, de dossiers betreffende de abortusprocedure en de bijbehorende zorg alleen te bewaren in een lokaal opgeslagen dossier (papieren of digitale versie) dat indien nodig met gezondheidsprofessionals kan worden gedeeld.

<sup>127</sup> Sinds de afschaffing van de noodsituatie laten sommige van de door abortusklinieken gebruikte registratieformulieren toe de reden niet te vermelden onder categorie G. 99: "Andere", met vermelding van "geen registratieplicht". In 2019 viel ongeveer één derde van alle registraties van zwangerschapsafbrekingen onder deze categorie.

<sup>128</sup> Naast categorie A wordt ook categorie G. "Andere" gebruikt voor het registreren van sommige zwangerschapsafbrekingen waarvan de redenen mogelijk een medische component hebben. Zo werden in 2018-2019 de volgende situaties genoemd onder de categorie "Andere": Post-partumdepressie / Ernstige en/of genetische ziekte / Recente operatie / Psychische problemen / Depressie / Burn-out / Twee- of meerlingzwangerschap / Cytomegalovirus / Niet-evolutieve zwangerschap / Drugsverslaving. Deze worden niet weergegeven in figuur 4.

## 5.3 De praktijk van abortus om medische redenen

### 5.3.1 Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen

#### Gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking

Van alle gemelde zwangerschapsafbrekingen gebeurt volgens de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking gemiddeld ongeveer 4% om medische redenen (in de periode 2010-2019). Vóór 2018 werden deze medische redenen in de verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie weergegeven als "noodsituaties" en ondergebracht in categorie A: "lichamelijke en geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw en het kind dat geboren zal worden". Hoewel het criterium "noodsituatie" in 2018 is afgeschaft, worden de redenen voor zwangerschapsafbreking nog steeds verzameld door de Nationale Evaluatiecommissie, waardoor het mogelijk blijft om het aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen vast te stellen.<sup>127</sup> De indeling in categorieën is gebaseerd op de redenen die de zwangere vrouw heeft opgegeven of die door de abortusverstrekker werden waargenomen. De onder categorie A verzamelde medische redenen kunnen een breed scala aan kwesties van lichamelijke en geestelijke gezondheid van de zwangere vrouw en/of de foetus omvatten.<sup>128</sup>

Figuur 4 Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen, per jaar

Jaar	Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen ("category A")	Percentage van het totale aantal zwangerschapsafbrekingen
2010	1158	3,99%
2011	1182	4,01%
2012	1137	4,02%
2013	1213	4,22%
2014	1183	4,42%
2015	1158	4,21%
2016	1034	4,05%
2017	1062	4,47%
2018	962	3,91%
2019	813	3,60%

Bron: tweejaarlijkse verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie sinds 2012.

Bovenstaande cijfers betreffen abortussen om medische redenen, ongeacht de duur van de zwangerschap. Zwangerschapsafbrekingen na 12 weken na de bevruchting vertegenwoordigen slechts een klein deel van de aantallen die door de Nationale Evaluatiecommissie in categorie A zijn ingedeeld. Volgens de wet moeten abortusaanvragen na 12 weken na de bevruchting aan strengere regels voldoen dan vroegere abortussen: er moet sprake zijn van een bijzonder ernstige en ongeneeslijke aandoening van het kind dat geboren zal worden, of de voortzetting van de zwangerschap moet een ernstige bedreiging vormen voor de gezondheid van de zwangere vrouw. Tijdens de periode 2010-2019 bedroeg het jaarlijkse gemiddelde van gemelde zwangerschapsafbrekingen om medische redenen na 12 weken 93. Volgens deze gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie vertegenwoordigen de abortussen die na 12 weken om medische redenen worden uitgevoerd slechts ongeveer 8% van alle abortussen waarbij een geestelijke of lichamelijke medische reden bij de vrouw of een ernstige aandoening bij de foetus de belangrijkste drijfveer voor het abortusverzoek was (categorie A).

*Figuur 5 Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen na 12 weken na de bevruchting, per jaar*

Jaar	Gerapporteerd aantal zwangerschapsafbrekingen +12 weken na bevruchting
2010	125
2011	109
2012	84
2013	108
2014	97
2015	45
2016	95
2017	107
2018	69
2019	77

Bron: Nationale Evaluatiecommissie, rapport 2018-2019

Op het totale gemiddelde van jaarlijks uitgevoerde abortussen (ongeacht de reden) vertegenwoordigen zwangerschapsafbrekingen na 12 weken wegens ernstige medische aandoeningen slechts 0,3%. Onderrapportage van zwangerschapsafbrekingen na 12 weken is echter een probleem dat dit percentage waarschijnlijk uitdunt. Er zij aan herinnerd dat de gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie afhankelijk zijn van een correcte registratie door de abortusverstrekkers. Er wordt geen correctie toegepast voor vermoedelijk niet-gemelde afbrekingen.

#### **Ontbrekende gegevens en mogelijke oorzaken van onderrapportage**

De Nationale Evaluatiecommissie wijst al enkele jaren op een lacune in de gegevens over zwangerschapsafbrekingen die na 12 weken na de bevruchting worden uitgevoerd. Aan de hand van het EUROCAT-register, waarin het aantal afwijkingen dat wordt geconstateerd in de foetale fase, bij de geboorte en tot de leeftijd van één jaar wordt bijgehouden, heeft de Nationale Evaluatiecommissie een schatting gemaakt van het werkelijke aantal afbrekingen wegens foetale afwijkingen.<sup>129</sup> Het EUROCAT-register brengt de zwangerschapsafbrekingen wegens foetale afwijkingen per 10.000 geboorten in kaart. Wanneer men de Belgische geboortestatistieken invoert, kan een schatting worden gemaakt van het jaarlijkse aantal afbrekingen wegens foetale afwijkingen.<sup>130</sup> Deze schatting omvat geen zwangerschapsafbrekingen wegens gezondheidsproblemen bij de zwangere vrouw, waar er ook sprake kan zijn van onderrapportage.

*Figuur 6 Schatting van het aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen, per jaar (geëxtrapoleerd uit gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie en EUROCAT-gegevens).*

Jaar	Aantal geboorten	Afbrekingen wegens foetale afwijkingen +12 w. (Nationale Evaluatiecommissie)	Afbrekingen wegens foetale afwijkingen (prevalentie per 10.000 geboorten) EUROCAT	Geschat aantal afbrekingen wegens foetale afwijkingen
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

Bron: Nationale Evaluatiecommissie, verslag 2021

<sup>129</sup> Tabel van de Nationale Evaluatiecommissie: zie tweejaarlijks verslag 2018-2019, p. 118 Nederlandse versie; EUROCAT-gegevens beschikbaar op: [https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence\\_en](https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat/eurocat-data/prevalence_en).

<sup>130</sup> Belgische geboortestatistieken beschikbaar op: <https://statbel.fgov.be/nl/themas/bevolking/geboorten-en-vruchtbaarheid#figures>.



Op basis van de EUROCAT-gegevens schat de Nationale Evaluatiecommissie dat het aantal zwangerschapsafbrekingen na 12 weken in haar verslagen slechts 7-23% van het geschatte werkelijke aantal afbrekingen vertegenwoordigt. Hoewel deze schatting grotendeels accuraat wordt geacht, moet worden vermeld dat EUROCAT alle afbrekingen op grond van een foetale afwijking registreert, ongeacht de zwangerschapsduur waarop de afbreking plaatsvond. Een deel van deze door EUROCAT opgetekende afbrekingen kan dus vóór 12 weken na de bevruchting hebben plaatsgevonden, hetgeen een deel van het verschil kan verklaren. Bovendien rapporteert het EUROCAT-register niet over zwangerschapsafbrekingen omwille van de gezondheid van de zwangere vrouw. Hoewel deze categorie slechts een klein aantal afbrekingen op het totale aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen vertegenwoordigt, bemoeilijken de verschillende registratiestrekkingen van EUROCAT en de Nationale Evaluatiecommissie de vergelijking. Andere punten die voorzichtigheid vereisen in verband met de toepassing van door EUROCAT geregistreerde gegevens in de Belgische context worden verder in dit deel besproken.

Volgens de Nationale Evaluatiecommissie zijn de verklaringen voor de onderrapportage de werkdruk in ziekenhuizen, waardoor er geen tijd is voor rapportage, de verschillende interpretaties door artsen van de wet inzake vrijwillige en medische zwangerschapsafbreking of, ten slotte, de wens om de praktijk geheim te houden. Deze komen overeen met de gegevens uit een studie die de mogelijke oorzaken in kaart brengt die worden genoemd door gynaecologen in Belgische ziekenhuizen die betrokken zijn bij zwangerschapsafbreking na 12 weken op de vraag wat de lage meldingspercentages zou kunnen verklaren.<sup>131</sup> Mogelijke oorzaken die door de gynaecologen worden genoemd, zijn onder andere:

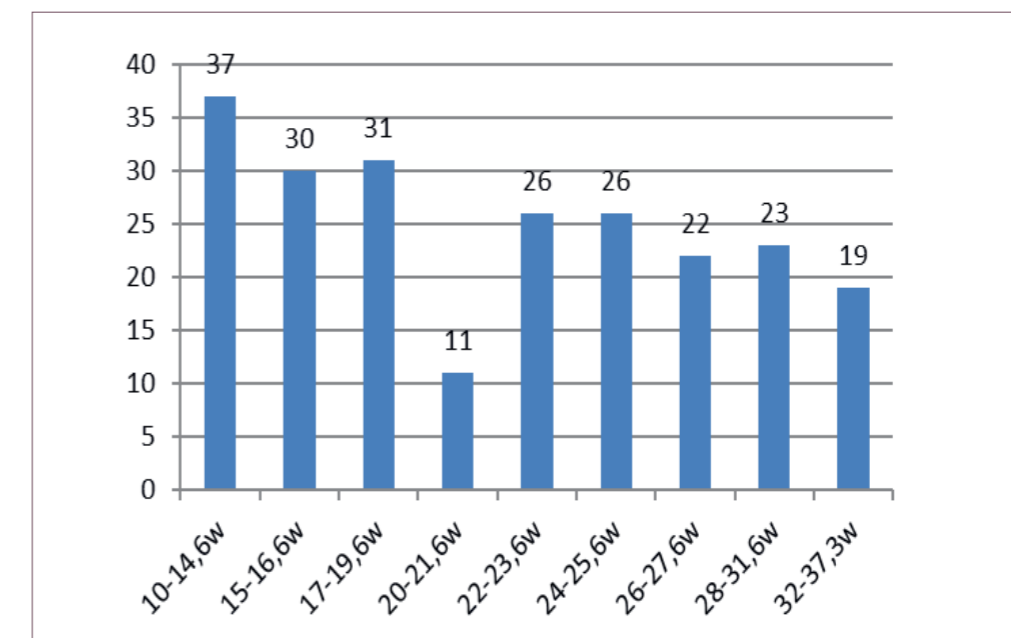
- Administratieve werklast – geen interne rolverdeling uitgewerkt
- Verwarring met meerdere andere registratieverplichtingen (bv. EUROCAT / SPE/CEPIP / Wettelijke aangiften van levend- en doodgeborenen / ...)
- Perceptie dat een interne registratie in het ziekenhuis volstaat
- Angst voor externe controle
- Gebrek aan gevolgen indien niet gemeld
- Weinig vertrouwen in het werk/de rol van de Nationale Evaluatiecommissie
- Onderrapportage van zwangerschapsafbrekingen na 12 weken die nog kunnen plaatsvinden met chirurgische instrumenten
- Onwetendheid over de verplichting tot melding aan de Nationale Evaluatiecommissie

<sup>131</sup> Persoonlijke communicatie gebaseerd op een ongepubliceerde studie van F. De Meyer *et al.* waarin 23 verloskundigen in Vlaamse ziekenhuizen werden geïnterviewd die betrokken waren bij de besluitvorming over zwangerschapsafbreking na 12 weken.

In dit licht beveelt het Wetenschappelijk Comité aan gezondheidswerkers beter bewust te maken van het wetenschappelijke belang van een nauwkeurige registratie van de verrichte medische zwangerschapsafbrekingen.

Voorts vermeldt de Nationale Evaluatiecommissie niet het aantal afbrekingen om medische redenen per specifieke zwangerschapsduur.<sup>132</sup> De reden hiervoor is dat op het registratieformulier dat wordt ingevuld door de aanbieders van abortus enkel onderscheid wordt gemaakt tussen afbrekingen vóór en na 12 weken na de bevruchting. Voor wetenschappelijke doeleinden wordt een overzicht van het aantal afbrekingen per zwangerschapsweek en per medische aandoening nuttig geacht. Volgens gezondheidswerkers die betrokken zijn bij prenatale diagnostiek, kunnen afbrekingen op verschillende zwangerschapsleeftijden worden uitgevoerd vanwege de progressieve aard van de diagnose en de prognose voor foetale afwijking. Soms wordt pas in het laatste stadium van de zwangerschap, na de levensvatbaarheid van de foetus, een zekere mate van zekerheid bereikt. Als voorbeeld toont de volgende tabel gegevens van één Belgisch referentieziekenhuis (over 5 jaar, 2014-2018), waaruit blijkt dat zwangerschapsafbrekingen om ernstige medische redenen in verschillende zwangerschapsstadia voorkomen.

Figuur 7 Aantal zwangerschapsafbrekingen in één referentieziekenhuis, per zwangerschapsduur (2014-2018)



<sup>132</sup> In het meest recente twejaarlijks verslag van de Nationale Evaluatiecommissie (2023) wordt het aantal zwangerschapsafbrekingen per weken zwangerschapsduur echter voor de eerste keer geïnccludeerd.

Wat ook ontbreekt in de registratie door de Nationale Evaluatiecommissie is een indeling naar nationaliteit van de zwangere vrouwen die om medische redenen om zwangerschapsafbreking vragen. Om verschillende redenen, waaronder strengere wetgeving in andere landen, vragen sommige buitenlandse patiënten na een afwijkende prenatale diagnose een zwangerschapsafbreking aan in België. Een situatie waarin de opname van buitenlandse vrouwen denkbaar is betreft de situatie van Nederlandse vrouwen die na 24 weken na de laatste menstruatie om medische redenen een zwangerschapsafbreking in België verzoeken, omdat die toegang in Nederland beperkter is (Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen, 2015). De Nederlandse evaluatie van de wet inzake late zwangerschapsafbreking bevestigt deze dynamiek (ZonMw, 2022). Volgens de Nederlandse evaluatie verlenen het UZA, UZ Gent en UZ Leuven samen zwangerschapsafbrekingsdiensten na 24 weken zwangerschap aan ongeveer 10 Nederlandse vrouwen per jaar. Het Wetenschappelijk Comité beschikt momenteel niet over nauwkeurige gegevens om dit aantal te bevestigen, noch over gegevens van andere ziekenhuizen dan de drie genoemde. Volgens een bij de desbetreffende Nederlandse evaluatie betrokken deskundige hebben Nederlandse patiënten die reizen naar België geen specifiek profiel, hoewel het vaak gaat om vrouwen/koppels die uitgesproken zijn en proactief op zoek gaan naar informatie.<sup>133</sup>

### 5.3.2 Medische aandoeningen waarvoor zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschap wordt uitgevoerd

Zoals vermeld, worden zwangerschappen afgebroken om verschillende medische redenen. Voor de onder categorie A genoemde zwangerschapsafbreking vóór 12 weken geldt geen specifieke verplichting om de precieze medische reden in het registratieformulier van de Nationale Evaluatiecommissie te specificeren. Voor zwangerschapsafbrekingen na 12 weken moet in het registratieformulier echter de medische aandoening van de foetus of de zwangere vrouw worden vermeld. Hieronder worden de gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie betreffende de medische aandoeningen die hebben geleid tot zwangerschapsafbreking na 12 weken besproken.

Tussen 2010 en 2019 waren gemiddeld 92% van de aan de Nationale Evaluatiecommissie gemelde afbrekingen na 12 weken afbrekingen wegens aandoeningen die verband houden met de foetus. Zwangerschapsafbrekingen na 12 weken wegens omstandigheden die de gezondheid van de zwangere vrouw in het gevaar brengen, zijn uitzonderlijk en vertegenwoordigen slechts 8%. Deze percentages moeten worden genuanceerd gelet op de bovenstaande schattingen van onderrapportage van afbrekingen wegens foetale afwijkingen, alsook gezien het gebrek aan gegevens over het niveau van (onder)rapportage van zwangerschapsafbrekingen wegens een medische aandoening bij de zwangere vrouw.

<sup>133</sup> Persoonlijke communicatie met medewerker van Pro Facto die heeft bijgedragen aan de Nederlandse evaluatie van de wet.

#### 5.3.2.1 Medische aandoeningen van de zwangere vrouw

Hoewel dit zelden voorkomt, worden sommige zwangerschappen afgebroken vanwege een ernstig risico voor de gezondheid van de zwangere vrouw. Deze zwangerschapsafbrekingen worden doorgaans uitgevoerd wegens een bedreiging van de lichamelijke gezondheid van de zwangere vrouw. Dergelijke bedreiging kan verband houden met de zwangerschap zelf of met reeds bestaande of recent ontstane gezondheidsproblemen. De in de verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie beschreven meldingen van lichamelijke aandoeningen die hebben geleid tot zwangerschapsafbreking na 12 weken na de bevruchting omvatten onder meer het HELLP-syndroom (hemolyse, verhoogde leverenzymen en lage bloedplaatjes), zwangerschapshypertensie, (pre)eclampsie, zwangerschap met keizersnede en levensbedreigende maternale bloeding, zware baarmoederbloeding, bloedarmoede, hartziekten, borstkanker, baarmoederhalskanker, ziekte van Hodgkin, hernia, ernstige neurologische aandoeningen, schildkliercarcinoom en nefrotisch syndroom. Bovendien heeft de Nationale Evaluatiecommissie in het verleden psychische aandoeningen zoals psychologische druk, een delicaat psychologisch evenwicht of mentale instabiliteit, heroïnegebruik, risico op zelfmoord en een manisch-depressieve psychose gemeld als redenen voor zwangerschapsafbreking na 12 weken PC. Volgens de ervaring van de leden van WG2 lijken de laatstgenoemde verzoeken toe te nemen, hoewel ze nog steeds een kleine minderheid vormen van de verzoeken om zwangerschapsafbreking om medische redenen. In de praktijk worden deze verzoeken grondig multidisciplinair geëvalueerd.

#### 5.3.2.2 Medische aandoeningen van de foetus

In de verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie worden de foetale afwijkingen vermeld waarvoor de zwangerschap na 12 weken werd afgebroken. De foetale aandoeningen worden daarin in drie hoofdcategorieën ingedeeld: chromosomale aandoeningen, afwijkingen en misvormingen, en teratogene aandoeningen. De aandoeningen omvatten zowel letale als niet-letale aandoeningen die als zeer ernstig worden beschouwd.<sup>134</sup>

<sup>134</sup> De leden van werkgroep 2 merken op dat er verschillende interpretaties bestaan over wanneer een aandoening als dodelijk/niet-dodelijk moet worden beschouwd. Zie bijvoorbeeld (Wilkinson *et al.*, 2014).

Figuur 8 Foetale aandoeningen waarvoor een zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd (2018-2019)

Overzicht van foetale aandoeningen als reden voor zwangerschapsafbreking 2018-2019		
Chromosomale aandoeningen	Afwijkingen en misvormingen	Teratogene aandoeningen <sup>135</sup>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deletie op chromosoom 22 / deletie 16p11.2 / deletie 22q11</li> <li>• Hygroma colli (cystisch)</li> <li>• Chromosomale aandoening / karyotype-afwijking</li> <li>• Microdeletie chromosoom 18</li> <li>• Microduplicatie</li> <li>• Chromosoommutatie</li> <li>• Syndroom van Turner</li> <li>• Syndroom van Wolf-Hirschhorn</li> <li>• Triploidie (69 xxy)</li> <li>• Trisomie 13 (syndroom van Patau)</li> <li>• Trisomie 18 (syndroom van Edward)</li> <li>• Trisomie 21 (syndroom van Down)</li> <li>• Trisomie 22</li> </ul>	<p>2.2.1. Hart</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dextrocardie</li> <li>• Hypoplasie</li> <li>• Dodelijke hartmisvorming/-afwijking</li> <li>• Tetralogie van Fallot</li> </ul> <p>2.2.2. Longen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Longatresie</li> <li>• Longhypoplasie</li> <li>• Longperforatie</li> </ul> <p>2.2.3. Skelet</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thanatofore skeletdysplasie</li> <li>• Pseudo-achondroplasie</li> <li>• Caudaal regressiesyndroom</li> <li>• Focomelie</li> </ul> <p>2.2.4. Nieren en bijniere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilaterale renale agenesie</li> <li>• Congenitale bijnierhyperplasie</li> <li>• Bilaterale multicysteuze nier</li> </ul> <p>2.2.5. Lever</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hyperplasie</li> </ul> <p>2.2.6. Centraal zenuwstelsel</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anencefalie</li> <li>• Afwijking van de wervelkolom</li> <li>• Spina bifida</li> </ul> <p>2.2.7. Schedel en hersenen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acranie</li> <li>• Agenesie van het corpus callosum</li> <li>• Holoprosencefalie</li> <li>• Hydrocefalie</li> <li>• Ernstige hersenmisvorming</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandoeningen veroorzaakt door het gebruik van isotretinoïne (voorheen Roaccutane®)</li> <li>• Cytomegalovirus</li> <li>• Toxoplasmose</li> </ul>

<sup>135</sup> Betrokken gezondheidswerkers in werkgroep 2 hebben verklaard dat zij geen wetenschappelijke en logische rechtvaardiging zien om teratogene oorzaken apart te behandelen van de andere categorieën. Deze categorieën moeten wellicht worden herzien.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Syndroom van Arnold Chiari</li> <li>• Ventriculomegalie</li> </ul> <p>2.2.8. Diverse kwalen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Afwezigheid van blaas</li> <li>• Aandoening / defect van de buikwand / massa in de buikwand</li> <li>• Anhydramnios door het breken van de vliezen</li> <li>• Sikkkelcelanemie</li> <li>• Buikwanddefect</li> <li>• Anhydramnios</li> <li>• Ascites</li> <li>• Spontane miskraam / morsin utero</li> <li>• Diafragmatische hernia</li> <li>• Hydrops</li> <li>• PPROM (vroegtijdig gebroken vliezen)</li> <li>• Intra-uteriene groeiretardatie (IUGR)</li> <li>• Polymalformatief syndroom</li> </ul>	
--	---	--

Bron: Nationale Evaluatiecommissie, 2021

Uit de verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie blijkt niets over de prevalentie van de verschillende soorten afwijkingen, noch over het aantal afbrekingen dat per soort afwijking is uitgevoerd. Volgens intern verzamelde gegevens worden de meeste zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd voor chromosoomaandoeningen, hartaandoeningen en aandoeningen van het centrale zenuwstelsel en de wervelkolom. Dit patroon komt overeen met gegevens uit andere Europese rechtsgebieden waar zwangerschapsafbrekingen om ernstige medische redenen kunnen worden uitgevoerd. In Engeland en Wales bijvoorbeeld laten de volgende gegevens zien voor welke categorie aandoeningen er in 2020 zwangerschapsafbrekingen zijn uitgevoerd<sup>136</sup>:

<sup>136</sup> Zwangerschapsafbreking onder reden E, die vereist dat er een "aanzienlijk risico bestaat dat het kind, indien het zou worden geboren, zodanige lichamelijke of geestelijke afwijkingen zou vertonen dat het ernstig gehandicapt zou zijn". Abortusstatistieken 2020, gegevenstabellen, tabblad 9a: abortussen uitgevoerd onder reden E, inwoners van Engeland en Wales, 2020, beschikbaar op <https://www.gov.uk/government/statistics/abortion-statistics-for-england-and-wales-2020>.

- Aangeboren afwijkingen zenuwstelsel: 21% (meest voorkomend: andere misvormingen van de hersenen, anencefalie, spina bifida)
- Andere aangeboren afwijkingen: 34% (meest voorkomend: misvormingen van het hart - en vaatstelsel, misvormingen van het bewegingsapparaat)
- Chromosomale afwijkingen: 27% (meest voorkomend: syndroom van Down, syndroom van Edwards, andere syndromen)
- Andere aandoeningen: 18% (meest voorkomend: foetus aangetast door maternale factoren, cystic hygroma (lymfangioom), hydrops foetalis die niet te wijten is aan hemolytische ziekte)

Het EUROCAT-register biedt meer inzicht in zowel de prevalentie van als de afbrekingspercentages voor foetale afwijkingen in de Belgische regio's Henegouwen en Antwerpen, alsook in andere Europese regio's. Er werden geen grote verschillen in het afbrekingspatroon tussen de Belgische regio's en andere Europese regio's vastgesteld, hoewel er kleine regionale afwijkingen bestaan. Volgens een recente analyse van EUROCAT-gegevens door de provincie Antwerpen bedraagt het Antwerpse afbrekingspercentage voor foetale afwijkingen (1989-2016) per 10.000 geboorten 27, het Henegouwse percentage 41 en het Europese gemiddelde 42 (tabel 2 in Nelen et al., 2022). Het is niet bekend of het lagere Antwerpse percentage te wijten is aan onderrapportage of of het om een werkelijk verschil gaat.

De interpretatie van de EUROCAT-gegevens moet zorgvuldig gebeuren, met aandacht voor de manier waarop de gegevens zijn verzameld en gepresenteerd. Ten eerste specificeren de door EUROCAT gerapporteerde afbrekingspercentages de zwangerschapsduur niet, wat betekent dat ze zowel afbrekingen vóór als na de Belgische wettelijke grens van 12 weken PC omvatten. Verder worden zowel prenatale als postnatale<sup>137</sup> diagnoses van afwijkingen in de prevalentiecijfers opgenomen, wat betekent dat de afbrekingspercentages moeten worden genuanceerd wanneer ze worden vergeleken met de prevalentiecijfers. Ten slotte worden alle afwijkingen gerapporteerd, ongeacht of ze op zichzelf staan of samen met andere afwijkingen voorkomen. Dit betekent dat er meer foetale afwijkingen zullen zijn dan zwangerschappen. In de periode van 2010 tot 2019 werden 256 foetale afwijkingen per 10.000 geboorten vastgesteld op basis van de gegevens van de regio's Antwerpen en Henegouwen. Het percentage afbrekingen wegens foetale afwijkingen bedroeg 39 per 10.000 geboorten.<sup>138</sup> Het soort foetale afwijking dat wordt ontdekt is echter een belangrijke factor in het percentage zwangerschapsafbrekingen, zoals blijkt uit de variaties die in de EUROCAT-gegevens zijn waargenomen. Gediagnosticeerde genetische aandoeningen worden in verband gebracht met een percentage zwangerschapsafbrekingen van 43% ten opzichte van het totale prevalentiepercentage. Ongeveer 50% van de diagnoses van trisomie 21 leidde tot een besluit om de zwangerschap af te breken. Voor de diagnoses trisomie 18 en syndroom van Turner ligt het afbrekingspercentage

rond de 80%. Afwijkingen van het zenuwstelsel worden in de EUROCAT-gegevens in verband gebracht met een afbrekingspercentage van 35%. Voor aangeboren hartafwijkingen bedraagt het afbrekingspercentage 8,4% ten opzichte van de totale prevalentiecijfers. Zoals gezegd, moeten deze afbrekingspercentages ten opzichte van het prevalentiecijfer voor foetale afwijkingen worden gecorrigeerd, aangezien diagnoses tot 1 jaar na de geboorte (die inherent een afbrekingsbeslissing uitsluiten) in het prevalentiecijfer zijn opgenomen.

### 5.3.3 (Prenatale) diagnose en kwaliteit van zorg

Prenatale diagnose kan in verschillende stadia van de zwangerschap plaatsvinden en maakt gebruik van verschillende diagnostieken. Prenatale tests kunnen bestaan uit bloedonderzoek, beeldvormend onderzoek, chromosoomanalyse en andere genetische tests om de gezondheid van de zwangere vrouw en de foetus te beoordelen. De niet-invasieve prenatale test wordt meestal aangeboden bij 10 weken zwangerschap na de bevruchting (12 weken na de laatste menstruatie), en de resultaten kunnen binnen 5 tot 10 dagen beschikbaar zijn. In een relatief vroeg stadium van de zwangerschap kan deze genetische screening betrouwbare informatie bieden over de DNA-samenstelling van de foetus en een verhoogd risico op grote chromosoomafwijkingen zoals trisomie 21, trisomie 18 en trisomie 13 voorspellen. Een afwijkend testresultaat wordt altijd gevolgd door een invasieve procedure om de diagnose te bevestigen (vruchtwaterpunctie of vlokkentest). Andere procedures, zoals herhaalde echografie en MRI van de foetus, worden regelmatig gebruikt om een (duidelijkere) diagnose en prognose van een foetale afwijking te verkrijgen.

In de regio Vlaanderen heeft de medische beroepsgroep aanbevelingen voor goede praktijken geformuleerd die een zorgvuldige en toegewijde zorgverlening voorafgaand aan een zwangerschapsafbreking in een later stadium van de zwangerschap kunnen versterken (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (VVOG), 2020). Hoewel lokale verschillen mogelijk en werkbaar zijn, vormen deze aanbevelingen een solide basis voor de zorg voor vrouwen/koppels die worden getroffen door problemen tijdens de zwangerschap. De richtlijnen onderstrepen onder meer het respect voor het verzoek tot afbreking van de zwangerschap, de verwijzing naar een ander centrum wanneer het verzoek niet strookt met de multidisciplinaire besluitvorming van het team, de bevordering van geïnformeerde besluitvorming en niet-directieve counseling, de bespreking van de alternatieve behandelingsmogelijkheden (waaronder verschillende afbrekingsmethoden en postnatale comfortzorg) en het afstemmen van de nazorg op de wensen van de patiënt. Verder beveelt het VVOG multidisciplinair teamoverleg aan en aanvullende, objectieve informatieverstrekking door een in de specifieke aandoening(en) gespecialiseerde zorgverlener(s) met betrekking tot de follow-up, therapeutische mogelijkheden en beperkingen, en de prognose. Bij aanwezigheid van een ernstige medische aandoening wordt de vrouw/het koppel de optie van zwangerschapsafbreking aangeboden, naast andere mogelijke opties zoals neonatale evaluatie en eventueel palliatieve ondersteuning (VVOG, 2020).

<sup>137</sup> Diagnoses tot 1 jaar na de geboorte.

<sup>138</sup> Wanneer wordt gekeken naar het jaarlijkse gemiddelde geboortecijfer tussen 2010-2019 voor België op basis van de STATBEL-gegevens, komt het Wetenschappelijk Comité uit op een gemiddeld aantal van 483 zwangerschapsafbrekingen wegens foetale afwijkingen per jaar.

Een andere hoeksteen van kwalitatieve zorg in deze situaties betreft psychologische en administratieve bijstand, in het bijzonder wanneer de vrouw/het koppel dergelijke ondersteuning wenst (VVOG, 2020). Casemanagers, sociaalassistenten en/of psychologen verlenen dit soort steun meestal. In sommige ziekenhuizen nemen ook gynaecologen en verloskundigen deze rol op zich. Soms is een verwijzing naar externe deskundigen noodzakelijk. Administratieve ondersteuning wordt ook relevant geacht om de patiënte, indien van toepassing, te informeren over mogelijke overheidsuitkeringen na de zwangerschap/bevalling (bv. zwangerschapsverlof), verplichte en facultatieve aangifte bij de burgerlijke stand, mogelijkheden om een begrafenis of crematie te organiseren, enz.

#### 5.3.4 Counseling en besluitvorming over medische zwangerschapsafbreking

##### 5.3.4.1 Besluitvorming en verwerking door de patiënte/het koppel

Wanneer patiënten worden geconfronteerd met ongunstige resultaten van de echoografie of NIPT/PND, of met een medisch probleem bij de zwangere vrouw, leidt dit tot een complex besluitvormingsproces en verschillende copingmechanismen. De emotionele moeilijkheden houden verband met het feit dat deze zwangerschappen meestal gepland en/of gewenst waren en dat onderzoeken het bestaan van de foetus hebben bevestigd.

Verschillende studies hebben het besluitvormingsproces onderzocht van vrouwen/koppels die geconfronteerd worden met een problematische zwangerschap. Uit studies blijkt dat vooral de ernst van de aandoening en de mogelijke invloed ervan op de levenskwaliteit een cruciale rol spelen bij beslissingen van ouders om tot afbreking over te gaan. In onderzoek naar de redenen wordt vaak een onderscheid gemaakt tussen de impact van de foetale afwijking op het kind, de vrouw, de partner en andere kinderen (Korenromp, 2006). Een belangrijke reden van ouders om de zwangerschap af te breken is het voorkomen van leed, stigma en een gevoel van er niet bij horen van het kind (McCoyd, 2007; Järholm, 2017). Verder is de verwachte emotionele, fysieke en financiële belasting van de zorg voor de ouders/het gezin een extra reden (McCoyd, 2007; Järholm, 2017). Ook het welzijn van andere (toekomstige) broers en zussen wordt vaak meegewogen in beslissingen van ouders over zwangerschapsafbreking (McCoyd, 2007; Järholm *et al.*, 2014). Er kunnen andere factoren in het geding zijn die niet rechtstreeks verband houden met de (impact van de) afwijking. Een beïnvloedende factor is de religieuze, etnische en culturele achtergrond van de vrouw, die van invloed kan zijn op beslissingen om prenatale diagnostiek te ondergaan en zwangerschappen af te breken of voort te zetten (Gitsels-van der Wal *et al.*, 2014; Smith *et al.*, 2016; Ahmed *et al.*, 2017; Haidar *et al.*, 2018). Verder kunnen de duur van de zwangerschap, de leeftijd van de zwangere vrouw, de positie van de partner, de aanwezigheid van andere kinderen in het gezin, enz. allemaal een rol spelen bij de uiteindelijke beslissing van de vrouw/het koppel. Een sterke kinderwens en algemene ambivalentie ten aanzien van zwangerschapsafbreking zijn in verband gebracht met de neiging om de zwangerschap voort te zetten (Decruyenaere *et al.*, 2007).

De VVOG constateert in haar aanbeveling een groeiende trend dat koppels een palliatief traject aanvragen in plaats van een actieve interventie waarbij de zwangerschap wordt afgebroken (VVOG, 2020). Vooral wanneer verwacht wordt dat de postnatale overlevingsduur beperkt zal zijn, kan de optie worden overwogen om niet actief de dood van de foetus te veroorzaken, maar te anticiperen op de dood na de geboorte. Deze complexe beslissingen worden vaak per geval genomen, rekening houdend met de specifieke karakteristieken van de foetus, de vrouw en de voorkeuren van de ouders.

Latere beslissingen tot afbreking van de zwangerschap kunnen aanzienlijk leed en tegenstrijdige emoties oproepen (Andersson *et al.*, 2014; Hodgson en McClaren, 2018). Zo kan verdriet na een zwangerschapsafbreking samengaan met opluchting over het voorkomen van langdurig lijden bij het ernstig gehandicapt kind. Onderzoek en betrokken gezondheidswerkers in werkgroep 2 benadrukken het belang van een bewust en geïnformeerd ouderlijk besluitvormingsproces met betrekking tot het afbreken van een zwangerschap om de verwerking tijdens en na het proces te verbeteren. In dit proces is het stimuleren van de emotionele veiligheid en de actieve rol van de patiënte essentieel. Bovendien wordt het geven van tijd en ruimte aan de patiënte/het koppel om informatie te verzamelen, zich voor te bereiden en steun te zoeken bij vertrouwde mensen en professionals als heilzaam beschouwd (Roegiers, 2019). Hulpmiddelen om met de situatie om te gaan, in het bijzonder voorafgaande psychologische en sociale ondersteuning, worden geacht bij te dragen tot het verminderen van het risico op chronische rouwreacties (Lasker en Toedter, 1991).

Bij het ondersteunen van de autonome besluitvorming van vrouwen moeten gezondheidswerkers wellicht ook nagaan of er enige externe druk op de patiënte wordt uitgeoefend om de zwangerschap te behouden of af te breken. Het verzekeren van de geïnformeerde toestemming van de patiënte moet zeer contextgevoelig zijn en inspelen op de behoeften van elk individu, wat een vertrouwensrelatie met de patiënten vereist (Woodcock, 2011). Een klimaat van vertrouwen en samenwerking in het medisch team zelf wordt ook aangemoedigd, om de informatie aan de patiënte/het koppel op een complementaire in plaats van een tegenstrijdige manier te geven. Verder benadrukten de gezondheidswerkers in werkgroep 2 dat de meeste zwangerschappen met foetale of maternale gezondheidsproblemen het gevolg zijn van het project/voornemen van een koppel om een kind te krijgen. Dit verklaart waarom deze afbrekingsbeslissingen vaak tussen en met beide partners worden besproken. Betrokken gezondheidswerkers steunen het idee dat het een goede praktijk is om de partner zoveel mogelijk bij het counselingproces te betrekken, hoewel de uiteindelijke en doorslaggevende beslissing om de zwangerschap af te breken of voort te zetten bij de zwangere vrouw zelf moet liggen (zoals momenteel wordt gewaarborgd door de abortuswetgeving) vanwege de gevolgen van deze beslissingen voor haar lichamelijke integriteit en autonomie.

Het proces van het bieden van deze gevoelige vorm van ondersteunende en informatieve counseling kan van professionals een rigoureuze, interdisciplinaire aanpak vergen (Dekkers *et al.*, 2019). Dit kan een specifieke opleiding voor perinatale teams omvatten, waarvan de modules al worden georganiseerd op bepaalde plaatsen in België (Hodgson en McClaren, 2018).<sup>139</sup>

#### 5.3.4.2 Besluitvorming en verwerking door gezondheidswerkers

Uit onderzoek blijkt dat de acceptatie van zwangerschapsafbreking om medische redenen, ook wanneer deze in een later stadium plaatsvindt, in België door betrokken gezondheidswerkers als hoog wordt beschouwd (Dombrecht *et al.*, 2020; Roets *et al.*, 2021). De VVOG beveelt niet-directieve counseling aan, alsook respect voor de autonome, geïnformeerde besluitvorming van patiënten bij dit type medische zorg (VVOG, 2020). Zoals vermeld, is in het kader van een zorgvuldige medische praktijk een collectieve evaluatie en besluitvorming door twee of meer personeelsleden aangewezen, bij voorkeur in een multidisciplinaire setting. Hoewel dit geen wettelijke verplichting is, hebben sommige Belgische ziekenhuizen het beleid om een (niet-bindend) advies te vragen aan het ethisch comité van het ziekenhuis over de aanvaardbaarheid van late verzoeken tot zwangerschapsafbreking. Ethische comités worden soms ook *ad hoc* om advies gevraagd wanneer in de multidisciplinaire teamvergadering tegenstrijdige opvattingen worden geuit. Betrokken gezondheidswerkers in werkgroep 2 benadrukken dat transparante communicatie met de patiënte/het koppel over deze institutionele besluitvormingsprocessen een belangrijk aspect is van een zorgvuldige medische praktijk. Zij benadrukken ook dat de patiënte de gelegenheid moet krijgen om te worden gehoord door een gespecialiseerde arts en (andere leden van) het multidisciplinaire team.

Gezondheidswerkers kunnen in sommige gevallen problemen ondervinden bij het beoordelen van de ethische, medische, persoonlijke en juridische aanvaardbaarheid van zwangerschapsafbreking. Deze uitdagingen worden door gezondheidswerkers met name genoemd voor situaties waarin een duidelijke diagnose en/of prognose moeilijk te verkrijgen is. Daarnaast suggereren studies dat een gevorderde zwangerschapsduur en levensvatbaarheid de persoonlijke aanvaarding of de professionele betrokkenheid van gezondheidswerkers bij een medische zwangerschapsafbreking kunnen bemoeilijken (Crowe *et al.*, 2018). Onderzoek in Frankrijk, waar soortgelijke wetgeving als in België geldt voor zwangerschapsafbreking in het 2de en 3de trimester, schat dat ongeveer 94% van alle afbrekingen plaatsvindt als reactie op afwijkingen die duidelijk dodelijk zijn of zouden leiden tot aanzienlijke fysieke en/of mentale handicaps (Dommergues *et al.*, 2010). De overige 6% van de gevallen wordt beschouwd als “onbeslist”, wat betekent dat, hoewel de afbreking uiteindelijk werd toegestaan na multidisciplinair overleg, ten minste één van de drie criteria (waarschijnlijkheid, ernst, ongeneeslijkheid) kon worden betwist (Dommergues *et al.*, 2010). Tot deze onbesliste groep behoren onder meer (1) ziekten waarvan de waar-

schijnlijkheid van een ernstige handicap niet precies bekend is (bv. agenesie van het corpus callosum), (2) ziekten met een late manifestatie (bv. ziekte van Huntington), (3) potentieel geneesbare ziekten die voorkomen in families met een geschiedenis van mislukte behandelingen (bv. sikkelcelziekte), en (4) aandoeningen waarbij er geen professionele consensus bestaat over de ernst van de handicap (bv. achondroplasie, afwijking aan één ledemaat) (Dommergues *et al.*, 2010).

Een multifactoriële beoordeling en raadpleging van relevante disciplines worden aangemoedigd om door deze onzekere gebieden in de geneeskunde te navigeren, vooral omdat de wet een beoordelingsmarge laat voor de medische wereld om de aanvaardbaarheid van zwangerschapsafbreking te beoordelen.

#### 5.3.5 Follow-up en administratieve ondersteuning na zwangerschapsafbreking

Als er geen medische, obstetrische of psychologische problemen zijn, verlaten de meeste patiënten het ziekenhuis de dag na de medische zwangerschapsafbreking, nadat ze informatie hebben gekregen over eventuele lactatieremming, anticonceptie en mogelijke sociale steun. De interactie met de patiënten eindigt echter meestal niet met het ontslag uit het ziekenhuis. Een autopsie van de foetale resten wordt aanbevolen na de afbreking, tenzij de diagnose duidelijk is of een “virtopsie” met behulp van beeldvorming of een genetische analyse is uitgevoerd. Een post-partumcontrole is voorzien met de verwijzende gynaecoloog. De patiënte/het koppel wordt uitgenodigd voor een gesprek over de resultaten wanneer de definitieve resultaten van aanvullende onderzoeken binnen zijn, vaak zo’n 5 tot 6 weken na de zwangerschapsafbreking. Indien van toepassing, omvat dit een bespreking van het recidiverisico, genetisch advies en onderzoeken of ingrepen die nodig zijn voor een volgende zwangerschap (VVOG, 2020).

Wanneer de patiënte/het koppel na de zwangerschapsafbreking baat zou kunnen hebben bij psychologische steun of rouwbegeleiding, moet steun worden aangeboden (intern of via verwijzing). Onderzoek schat dat ongeveer 45% van deze patiënten binnen 4 maanden na de medische afbreking van een gewenste zwangerschap posttraumatische stress ervaart en dat tot 20% tot een jaar na de afbreking van een gewenste zwangerschap negatieve psychologische gevolgen ondervindt, ondanks het feit dat slechts weinigen van hen spijt hebben van hun beslissing (Korenromp *et al.*, 2009). Het omgaan met een zwangerschapsafbreking wegens een foetale afwijking wordt algemeen erkend als een langdurig proces, waarbij het gebrek aan nazorg belangrijke gevolgen kan hebben voor de aanpassing van vrouwen aan de situatie op lange termijn (Lafarge *et al.*, 2017). De bij werkgroep 2 betrokken Belgische gezondheidswerkers wijzen op de nood aan financiële middelen en personeel om de psychologische ondersteuning op lange termijn van deze specifieke groep patiënten en hun partners te verbeteren.

<sup>139</sup> Zie bijvoorbeeld Certificat interuniversitaire UClouvain/ULB, Prise en charge périnatale transdisciplinaire, 2021, <https://www.ulb.be/fr/programme/fc-667>, en <https://uclouvain.be/fr/etudier/iufc/actualites/nouveau-certificat-interuniversitaire-en-pri-se-en-charge-perinatale-transdisciplinaire.html>.

### 5.3.6 De wet op abortus na 12 weken bij ernstige medische aandoeningen: inzichten uit de praktijk

#### 5.3.6.1 De positie van zwangerschapsafbreking bij ernstige medische aandoeningen in de wet

De leden van werkgroep 2 deelden de indruk dat abortus bij ernstige medische aandoeningen in de Wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA-wet) als een subonderdeel van “electieve” abortus wordt behandeld, hoewel zij dit als een contextueel verschillende aangelegenheid beschouwen. In het algemeen gaven zij de voorkeur aan een meer formeel gescheiden regeling van abortus bij ernstige medische aandoeningen. Het Wetenschappelijk Comité beveelt een afzonderlijk artikel in de Wet VZA aan over de wettelijke voorwaarden voor abortus om ernstige medische redenen, ongeacht de zwangerschapsduur.

#### 5.3.6.2 Medische redenen na 12 weken

De werkgroepleden hebben hun bezorgdheid geuit over de vereiste “zekerheid” in de wet met betrekking tot de prenatale diagnose, gezien de onzekerheden waaraan een klinische diagnose en prognose vaak onderhevig zijn. Uit onderzoek dat de houding van Belgische gezondheidswerkers ten opzichte van een late<sup>140</sup> zwangerschapsafbreking in kaart brengt, blijkt dat zelfs in de situatie van polymalformatie met een onduidelijke diagnose en een onvoorspelbare prognose 85,6% van de professionals toch een late zwangerschapsafbreking zou overwegen (Roets et al., 2021). De leden zijn voorstander van het vragen van een hoge mate van zekerheid over de diagnose/prognose, maar stellen dat zekerheid niet altijd haalbaar is. In overeenstemming met de werkgroep en de regelgeving in de buurlanden stelt het Wetenschappelijk Comité voor de “zekerheid” van de bijzonder ernstige en ongeneeslijke aandoening van het ongeboren kind te vervangen door een risicoconcept. Verschillende opties werden geschikt geacht, waaronder “(zeer) hoog risico”/ “substantieel risico”/ “aanzienlijk risico”/ “grote waarschijnlijkheid”.

Met betrekking tot abortus wegens gezondheidsproblemen van de zwangere vrouw suggereert de parlementaire voorbereidingen dat een ernstige bedreiging van de gezondheid van de vrouw zowel lichamelijke als psychologische gezondheidsproblemen omvat, maar geen sociale noodsituaties (Nys, 2017). Ondanks deze verduidelijkingen in het parlement stelde het Wetenschappelijk Comité vast dat de Belgische gezondheidswerkers het er niet over eens geraken of ernstige psychologische gezondheidsproblemen van de zwangere vrouw volgens de wet in aanmerking kunnen komen voor een zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschap na de bevruchting. Sommige van de betrokken gezondheidswerkers leken alleen somatische aandoeningen te beschouwen, terwijl anderen ook ernstige psychische aandoeningen in aanmerking namen als reden voor zwangerschapsafbreking na 12 weken PC. In de praktijk lijken de zwangerschapsduur en de levensvatbaarheid van de foetus ook een rol te spelen bij de aanvaarding van deze verzoeken. Bovendien, hoewel zeldzaam, was er onzekerheid over verzoeken om afbreking na

12 weken PC in de context van psychosociale of sociaaleconomische problemen die onder het begrip “sociale gezondheid” zouden kunnen vallen (bv. ernstige armoede, incest, dakloosheid, ernstig druggebruik, verkrachting, enz.) Hoewel de parlementaire voorbereidingen suggereren dat zwangerschapsafbreking ook na 12 weken PC kan plaatsvinden wanneer de voortzetting van de zwangerschap een ernstig gevaar vormt voor de mentale gezondheid van de vrouw, beveelt het Wetenschappelijk Comité, in overeenstemming met WG2, de wetgever aan dit standpunt in de wet te bevestigen. Een voorbeeld van een formulering zou kunnen zijn: “Een zwangerschap kan worden afgebroken (...) wanneer dit gepast wordt geacht gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw.” De werkgroep en het Wetenschappelijk Comité benadrukken dat zij enkel ernstige psychische gezondheidsproblemen in aanmerking nemen, en dat een gespecialiseerd tweede arts betrokken moeten worden gelet op aanbeveling 8. Sommige van de betrokken gezondheidswerkers in WG2 stelden voor om ook psychosociale gezondheidsproblemen op te nemen als medische indicatie voor abortus na 12 weken PC. Tegelijkertijd wordt erkend dat een dergelijke expliciete opname overbodig kan zijn indien de termijn voor abortus op verzoek wordt verlengd, aangezien een dergelijk beleid ook een aanzienlijk aantal van deze patiënten toegang zou geven tot zwangerschapsafbreking.

Hoewel er enige rechtsonzekerheid blijft bestaan, is er een grote consensus in het Wetenschappelijk Comité dat het niet mogelijk, noch wenselijk is om een lijst op te stellen van wat (niet) onder de medische foetale aandoeningen en aandoeningen bij de vrouw hoort. Het Wetenschappelijk Comité is van mening dat een dergelijke lijst niet in overeenstemming is met de aanbeveling om een bepaalde klinische situatie in al haar dimensies te beschouwen, noch met de ethiek van deze delicate materie, aangezien een dergelijke lijst zou kunnen worden geïnterpreteerd als een lijst van “ongewenste” aandoeningen in de samenleving en een vorm van staatseugenetica zou kunnen aanmoedigen die in strijd is met de democratische visie waaraan wij gehecht zijn. Deze zaken vereisen een beoordeling per geval en een complexe besluitvorming in het licht van de meest recente stand van de wetenschappelijke kennis, alsmede een multidisciplinaire professionele dialoog tussen gezondheidswerkers. Sommige leden van het Wetenschappelijke Comité bevelen aan initiatieven binnen de medische wereld te stimuleren die de uitwisseling van benaderingen, casussen en protocollen tussen verschillende aanbieders van zwangerschapsafbreking mogelijk maken. Aangezien deze initiatieven tijdrovend zijn, moet in een vergoeding worden voorzien.

#### 5.3.6.3 Tweede opinie

Zoals beschreven in hoofdstuk 5.3.4 gaat er vaak teamoverleg of een breder multidisciplinair debat vooraf aan zwangerschapsafbreking om medische redenen. Voor complexere foetale diagnoses/prognoses of zwangerschapsafbreking bij een gevorderde zwangerschapsduur maakt een niet-bindend advies van een multidisciplinair ethisch comité deel uit van het beleid van sommige ziekenhuizen.

<sup>140</sup> Na levensvatbaarheid.

De leden van werkgroep 2 geven de voorkeur aan een multidisciplinair debat voordat een zwangerschapsafbreking om medische redenen wordt uitgevoerd.<sup>141</sup> Zij zien het multidisciplinaire debat eerder als adviserend dan als beslissend voor de verantwoordelijke arts(en). Het advies van het multidisciplinaire team moet goed worden gedocumenteerd. Bovendien wensten zij dat in de wet zou worden bepaald dat het multidisciplinaire team ten minste een andere arts omvat die gespecialiseerd is op het gebied van de belangrijkste betrokken medische aandoening. In overeenstemming met dit standpunt beveelt het Wetenschappelijk Comité aan de betrokkenheid van een tweede arts te handhaven zoals thans wettelijk is bepaald, met de verduidelijking dat deze gespecialiseerd moet zijn in de belangrijkste aandoening van de vrouw/foetus. Het Wetenschappelijk Comité beveelt ook aan de positieve praktijk op dit gebied te formaliseren en multidisciplinair overleg vóór het afbreken van een zwangerschap om ernstige medische redenen in te voeren, zonder het multidisciplinaire team met de uiteindelijke beslissing te belasten. Die beslissing moet in handen blijven van de twee artsen en de vrouw of het koppel. Overleg met het multidisciplinaire team mag geen verplichting zijn in geval van een medische noodsituatie.

Ten slotte merkten de leden van werkgroep 2 op dat artikel 2, 5° van de VZA-wet een gedeeld besluitvormingsproces tussen twee artsen voorstelt, maar de actieve rol van de patiënte in dit proces niet erkent, ook al wordt deze op het terrein in ruime mate toegepast. De wet lijkt die rol te beperken tot het “verzoeken” om afbreking van de zwangerschap. Sommige leden hebben vraagtekens gezet bij deze formulering, omdat ze een paternalistische vorm van gezondheidszorg zou kunnen uitdrukken die vandaag de dag niet meer strookt met de realiteit. Als alternatief stelt het Wetenschappelijk Comité voor om in de wet te erkennen dat de vrouw moet worden gehoord en de kans moet krijgen haar zorgen en wensen met betrekking tot de voortzetting of afbreking van de zwangerschap kenbaar te maken. Een voorbeeld van een dergelijke erkenning van de patiënte is te vinden in de Franse wet: “*Dans les cas prévus aux I et II, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe*” (artikel L. 2213-1 van het Franse wetboek van volksgezondheid). Er zijn echter ook andere formuleringen denkbaar.

#### 5.3.6.4 Afwezigheid van eindtermijn

Late zwangerschapsafbreking is een geaccepteerde en gebruikelijke klinische praktijk in België (Roets *et al.*, 2021). Aangezien er bij die latere afbrekingen vaak sprake is van foeticide, adviseren werkgroep 2 en de VVOG dat deze handeling moet worden verricht door bijzonder ervaren gezondheidswerkers in een ziekenhuisomgeving en noodzakelijk is om een levendgeboorte en het daaruit voortvloeiende lijden van een ernstig verzwakte foetus te voorkomen (VVOG, 2020) (zie ook hoofdstukken 3 en 5.1). Klinisch-technische vaardigheid en ervaring bij het uitvoeren van een foeticide wordt van cruciaal belang geacht om mogelijke gezondheidsrisico's voor de

patiënte te voorkomen (Coke *et al.*, 2004). Gezien de medische realiteit en beschikbaarheid van foeticide en het bestaan van late ontdekkingen van ernstige afwijkingen bij de foetus, zijn de betrokken gezondheidswerkers voorstander van een concept van zwangerschapsafbreking dat in dergelijke gevallen niet beperkt is tot levensvatbaarheid of tot een specifieke zwangerschapsduur.<sup>142</sup> Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan de wettelijke mogelijkheid om bij dergelijke ernstige medische redenen een zwangerschap af te breken ongeacht de zwangerschapsduur, onder de huidige voorwaarden van de wet betreffende vrijwillige zwangerschapsafbreking te behouden en te handhaven, rekening houdend met een aantal wijzigingen die in dit rapport worden voorgesteld.

#### 5.3.6.5 Zes dagen wachttijd

Een Belgische interviewstudie ondervroeg 23 verloskundigen in Vlaamse ziekenhuizen over de verplichte wachttijd van 6 dagen in het kader van zwangerschapsafbreking om medische redenen.<sup>143</sup> De verloskundigen waren voorstander van een bedenktijd in deze context, maar verschilden van mening over de vraag of dit een strikt criterium van zes dagen moet zijn. Een algemene perceptie bij de verloskundigen was dat een wachttijd de patiënten ruimte biedt voor een emotionele, logistieke en administratieve voorbereiding vóór de daadwerkelijke expulsie. Publicaties suggereren ook dat, in het geval van medische aandoeningen bij de foetus, het hebben van tijd als gunstig wordt beschouwd in het proces van besluitvorming, voorbereiding en het zoeken van steun (Roegiers, 2019). Verder meenden de verloskundigen in de studie dat een pauzering voorkomt dat patiënten beslissingen nemen waar ze later spijt van krijgen. Bijkomende voordelen werden waargenomen voor de verloskundigen/het medisch team om zich beter te kunnen organiseren en voor te bereiden en om hen te beschermen tegen het “onmiddellijk” moeten handelen, wat de *workflow* zou kunnen verstoren.

Ondanks een over het algemeen positieve houding tegenover een wachttijd, erkenden sommige verloskundigen ook nadelige gevolgen van een strikte toepassing van het wettelijke voorschrift. Zij noemden de emotionele problemen die de verplichte wachttijd voor patiënten met zich mee kan brengen wanneer de medische diagnose en het bijbehorende verzoek om afbreking als duidelijk worden beschouwd. Bovendien geven verloskundigen toe dat de wachttijd in de praktijk vaak soepel wordt toegepast of gewoonweg overbodig is. Dit houdt verband met onenigheid over het tijdstip waarop de 6 dagen beginnen te lopen, aangezien de wet slechts bepaalt dat de termijn begint te lopen vanaf “de eerste raadpleging”. De verloskundigen noemden verschillende mogelijke beginpunten voor de wachttijd, waaronder: de eerste (onzekere) indicatie van een afwijking, de definitieve bevestiging van een diagnose, de suggestie van de patiënte dat afbreking een optie zou zijn, het expliciete verzoek van de patiënte om de zwangerschap af te breken, het bespreken door

<sup>141</sup> Deze aanbeveling kan een uitzondering vereisen voor dringende medische gevallen (bv. levensbedreigende aandoening bij de zwangere vrouw).

<sup>142</sup> De Franse wet is op dit punt explicieter en bepaalt dat een medische abortus kan plaatsvinden “ongeacht de zwangerschapsduur”: zie artikel L. 2213-1 van het Franse wetboek van volksgezondheid.

<sup>143</sup> Persoonlijke communicatie gebaseerd op een ongepubliceerde studie van F. De Meyer *et al.* waarin 23 verloskundigen in Vlaamse ziekenhuizen werden geïnterviewd die betrokken waren bij de besluitvorming over zwangerschapsafbreking na 12 weken.



de verloskundige van het feit dat zwangerschapsafbreking een optie is, het eerste consult met een gezondheidswerker, het eerste consult met een gespecialiseerde gezondheidswerker, enz. Er bestond ook enige twijfel over de vraag of de wachttijd wordt beëindigd door de toediening van de medicatie of op de dag van opname in het ziekenhuis voor de expulsie. Ten slotte erkenden veel verloskundigen dat het proces van prenatale diagnose, vervolgspraken en counseling meestal meer dan zes dagen in beslag neemt, waardoor de verplichte wachttijd in de praktijk vaak overbodig is. Uit een Zweeds onderzoek is gebleken dat het gemiddelde tijdsinterval tussen het vermoeden van een foetale afwijking en de beslissing van de vrouw 5 dagen bedraagt vóór zwangerschapsweek 18, 7 dagen na zwangerschapsweek 18 en 13 dagen na zwangerschapsweek 21 (Edling *et al.*, 2021). Wanneer men telt tot de dag van de feitelijke afbreking van de zwangerschap komen er meer dagen bij.

In de studie over de attitudes van gezondheidswerkers in Vlaanderen is niet rechtstreeks onderzocht hoe patiënten staan tegenover de verplichte wachttijd bij medische aandoeningen. Aangezien weinig landen een verplichte wachttijd kennen in de context van abortus om medische redenen, ontbreekt het, voor zover het Wetenschappelijk Comité weet, aan kwalitatief onderzoek naar de attitudes van patiënten in die specifieke context. Wegens soortgelijke voordelen als hierboven genoemd, veronderstellen gezondheidswerkers echter dat de meeste patiënten het niet erg vinden of zelfs op prijs stellen dat er 6 dagen liggen tussen het eerste consult en de feitelijke zwangerschapsafbreking. Anderzijds impliceert de appreciatie van tijd voor reflectie en verwerking op zich niet dat die tijd verplicht moet zijn. Sommige gezondheidswerkers beschreven ook situaties waarin ze worden geconfronteerd met patiënten die zich benauwd voelen door het extra wachten en die niet langer zwanger willen blijven na een afwijkende prenatale diagnose.

Hoewel de verplichte wachttijd in de context van abortus om medische redenen niet als een groot obstakel wordt beschouwd en er mogelijke voordelen aan verbonden zijn, benadrukken de leden dat er geen “standaard” voorbereidingsduur voor de besluitvorming bestaat. Geïnformeerde toestemming en emotionele stabilisatie worden van grote waarde geacht. Het Comité is van mening dat een vaste, verplichte wachttijd niet onontbeerlijk is om deze beginselen te waarborgen, en dat de nadruk daarentegen moet liggen op de kwaliteit van de prenatale diagnose en de stabilisatie van de patiënte door de arts/het medisch team. In overeenstemming met de standpunten van WG1, WG2 en WG4 beveelt het Wetenschappelijk Comité aan de verplichte wachttijd van zes dagen uit de wet te schrappen.

### 5.3.6.6 Informatieverplichtingen

Gezondheidswerkers die betrokken zijn bij het aanbieden van zwangerschapsafbreking wezen erop dat sommige informatieverplichtingen niet worden aanbevolen in de context van zwangerschapsafbreking om medische redenen (bijvoorbeeld informatie over adoptie of “opvangmogelijkheden” na diagnose van bijzonder ernstige of dodelijke afwijkingen). Bovendien lijken de betrokken gezondheidswerkers zich niet altijd bewust van de wettelijke informatieverplichtingen van de VZA-wet, maar

bieden ze in plaats daarvan per geval patiënt- en contextspecifieke informatie. Deze aanpak vloeit voort uit zowel hun wettelijke als deontologische plicht om patiënten uitgebreid te informeren en geïnformeerde toestemming te vragen vóór elke medische ingreep, inclusief bij zwangerschapsafbreking. Sommige leden van werkgroep 2 wensten te benadrukken dat het geven van informatie over adoptie of postnatale bijstand niet per definitie ongepast is in de context van medische aandoeningen. Bij ernstige psychische problemen bij de zwangere vrouw of bij bepaalde levensvatbare foetussen met een medische aandoening kan bijvoorbeeld adoptie met de patiënte worden besproken. De mogelijkheid om adoptie of bijstand met de vrouw/het koppel te bespreken als de zwangerschap wordt voortgezet, kan dus waardevol zijn. De werkgroep en de leden van het Wetenschappelijk Comité benadrukken echter dat het nooit verplicht mag zijn dit te bespreken met elke patiënte die om een zwangerschapsafbreking verzoekt, omdat dit in veel gevallen ongevoelig en ongepast zou kunnen zijn. Volgens de werkgroep en het Wetenschappelijk Comité zou dit aspect van de wet beter moeten aansluiten bij de feitelijke medische praktijk.

Betrokken gezondheidswerkers vermelden dat zij de volgende informatie in de praktijk als minimumnorm beschouwen: informatie over de ernst van de diagnose/prognose volgens de stand van de wetenschappelijke en medische kennis, en informatie over beschikbare alternatieve therapieën (bv. opties voor foetale therapie en chirurgie, postnataal zorgtraject, postnataal palliatief traject ...). Informatie over de onmiddellijke en toekomstige medische risico's van zwangerschapsafbreking werd door de gezondheidswerkers als belangrijke informatie beschouwd (verplicht gesteld door artikel 2, 2°, a van de VZA-wet), maar ook informatie over de onmiddellijke en toekomstige medische risico's van [de voortzetting van] de zwangerschap, indien deze medische risico's aanwezig zouden zijn. Ze benadrukken ook het belang van een kwalitatieve beoordeling en zorgvuldige documentatie van de aandoening door middel van een autopsie, beeldvorming, genetische analyse enz., bij voorkeur via interdisciplinaire samenwerking tussen specialisten. Patiënten moeten ook in de gelegenheid worden gesteld om elders een tweede opinie te vragen. Werkgroep 2 wijst erop dat de meeste van deze cruciale informatie momenteel als verplicht door de arts te verstrekken informatie in de wet betreffende de rechten van de patiënt is opgenomen. WG2 is van oordeel dat deze wet reeds wettelijke waarborgen zou kunnen bieden in het kader van voorlichtingsdiensten en geïnformeerde toestemming, althans indien ze van toepassing zou zijn op zwangerschapsafbrekingsdiensten. In overeenstemming met de standpunten van WG1, WG2 en WG4 beveelt het Wetenschappelijk Comité aan de verplichting om iedere patiënte te informeren over adoptie en over de verschillende “opvangmogelijkheden” voor het kind dat geboren zal worden, te schrappen. Ook wordt aanbevolen de verplichting af te schaffen om vrouwen vóór de abortus te informeren over “de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen”. In plaats daarvan beveelt het Comité aan per geval informatie te verstrekken, afhankelijk van de specifieke context van het verzoek tot afbreking, gebruik makend van de wettelijke informatieverplichtingen die in de wet betreffende de rechten van de patiënt zijn opgenomen.

### 5.3.6.7 Plaats van verstrekking en type aanbieder

Volgens de VZA-wet moet abortus onder medisch verantwoorde omstandigheden door een arts worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden (artikel 2, 1°, b) VZA-wet). Verschillende leden van werkgroep 2 wijzen op het belang van hoge kwaliteitsnormen en verduidelijken dat sommige zwangerschapsafbrekingen het best kunnen worden opgevolgd en/of uitgevoerd in ziekenhuizen met een brede expertise op het gebied van prenatale diagnostiek en (late) zwangerschapsafbreking. De behoefte aan specifieke expertise en hoogwaardige zorg werd met name geuit met betrekking tot de volgende aspecten:

- Prenatale diagnose en prognose (inclusief genetische analyse indien nodig), met name voor complexere afwijkingen + eventueel postmortaal onderzoek
- Uitvoering van foeticide in geval van een late zwangerschapsafbreking
- Psychosociale bijstand en begeleiding van de vrouw/het koppel

Hoewel sommige leden van de werkgroep de verwijzing in de wet naar “medisch verantwoorde omstandigheden” voldoende vinden, wijzen anderen op de noodzaak om de kwaliteitseisen voor zwangerschapsafbreking om medische redenen te specificeren, met name wanneer deze bij een latere zwangerschapsduur plaatsvindt, zoals na de levensvatbaarheid.

Met betrekking tot het wettelijke voorschrift dat een arts de zwangerschapsafbreking moet uitvoeren, benadrukt de medische wereld dat de eigenlijke procedure van abortus met medicijnen ook door andere beroepen onder leiding van een arts kan worden “uitgevoerd”. Sommige andere aspecten van de abortuszorg kunnen ook door verschillende mensen en op verschillende locaties worden uitgevoerd. In dit verband wil het Wetenschappelijk Comité de aandacht vestigen op het WHO-richtsnoer inzake abortuszorg, waarin verschillende opties en modellen worden opgesomd die bestaan met betrekking tot abortusdienstverlening, ook na 12 weken zwangerschap (Wereldgezondheidsorganisatie, 2022).

### 5.3.6.8 Weigering tot medewerking en doorverwijzingsplicht

Gezien de ethische dimensies en de medische onzekerheden die vaak een rol spelen bij zwangerschapsafbrekingen om medische redenen/bij een gevorderde zwangerschapsduur, hebben de gehoorde gezondheidswerkers zich uitgesproken voor het recht om te weigeren. Ze zijn ook voorstander van de plicht om door te verwijzen na weigering, in het licht van het welzijn van de patiënte.

### 5.3.6.9 Aangifte en registratie

Het Burgerlijk Wetboek schrijft de registratie door de ambtenaar van een levenloos kind voor vanaf 180 dagen na de bevruchting (zie art. 58 Burgerlijk Wetboek). Sinds een wetswijziging van het Burgerlijk Wetboek in 2018 kan dit ook gebeuren op verzoek van de ouders na 140 tot 179 dagen zwangerschap (art. 58, §2 Burgerlijk Wetboek). De akte van het levenloos geboren kind heeft geen automatische rechtsgevolgen, tenzij de wet er uitdrukkelijk in voorziet (art. 58, §3 Burgerlijk Wetboek).

Naast de regeling van het Burgerlijk Wetboek zijn er enkele wetten die de rechten van de ouders na een doodgeboorte garanderen.

Betrokken gezondheidswerkers van WG2 noemden enkele praktische problemen en interpretatieverschillen in ziekenhuizen met betrekking tot deze voorschriften.

Ten eerste werden verschillende beleidslijnen en voorkeuren tot uitdrukking gebracht met betrekking tot de aangifte van levend geboren kinderen die niet in staat zijn om op lange termijn te overleven en snel komen te overlijden, zowel in de context van geïnduceerde zwangerschapsafbreking als bij spontane geboorte. Sommigen zouden de geboorte als een doodgeboorte registreren (model IIID), terwijl anderen de geboorte eerst als een levende geboorte (model I) en later als een doodgeboorte (model IIID) registreren. Officieel kan de aangifte van een levend geboren kind volgens het Belgische burgerlijk recht alleen plaatsvinden wanneer het kind levensvatbaar wordt geacht.<sup>144</sup> Er werd dus een rechtvacuüm opgemerkt voor kinderen die niet levenloos worden geboren, maar ook niet levensvatbaar worden geacht. Enkele leden van werkgroep 2 bepleitten onder meer een specifiek tabblad in E-birth waarin kan worden aangegeven of de registratie plaatsvindt in het kader van een intentionele zwangerschapsafbreking.

Ten tweede, ongeacht de mogelijkheid van vrijwillige aangifte van een doodgeboren kind vanaf 140 dagen zwangerschap (wat overeenkomt met 20 weken zwangerschap na de bevruchting of WA), verbindt een aantal wetten pas juridische gevolgen aan de geboorte van een levenloos kind na 180 dagen zwangerschap na de bevruchting (wat overeenkomt met 25 weken + 5 dagen na de bevruchting of 27 weken + 5 dagen na de laatste menstruatie) (bv. moederschapsrust<sup>145</sup> en moederschapsverlof<sup>146</sup>). Sommige leden van de werkgroep hebben de wens uitgesproken dat deze rechtsgevolgen automatisch worden toegekend vanaf 140 dagen zwangerschap, een grens die meer in overeenstemming zou zijn met de huidige opvattingen over het moment vanaf wanneer foetale dood als doodgeboorte kan worden aangemerkt en niet meer als miskraam (zie ook: Koninklijk Besluit van 17/06/1999 over statistieken van doodsoorzaken en de daarin opgenomen definitie van doodgeboorte: “Onder doodgeboorte wordt verstaan elke foetale dood als het gewicht bij de geboorte gelijk is aan of groter is dan 500 g (of als het gewicht bij de geboorte onbekend is, dat de bijbehorende zwangerschapsduur (22 WA) of de bijbehorende lichaamslengte (25 cm van kruin tot hiel) heeft bereikt”). Andere leden van de werkgroep vonden dit echter niet passend, aangezien sommige vrouwen/koppels niet altijd automatisch die mate van erkenning wensen na een zwangerschapsafbreking.

<sup>144</sup> Zie ook de artikelen 3.13, 4.4 en 4.137 BW, en artikel 331bis oud BW.

<sup>145</sup> Artikel 114, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen.

<sup>146</sup> Artikel 39, tweede lid, van de arbeidswet van 16 maart 1971.

Ten derde leek het naast elkaar bestaan van meerdere registratie-/aangifteverplichtingen voor gezondheidswerkers in de context van zwangerschapsafbreking verwarring en inconsistenties te veroorzaken. Het betreft: de aangifte bij de burgerlijke stand op basis van de regels in het Burgerlijk Wetboek (via model III); de registratie van overlijdensoorzaken voor statistische doeleinden van Statbel volgens de drempel van het Koninklijk Besluit van 17/06/1999 (via model IIID); de gegevensverzameling door EUROCAT (Europees netwerk van bevolkingsregisters voor de epidemiologische bewaking van aangeboren afwijkingen); de registratie van zwangerschapsafbrekingen voor de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking (via registratieformulieren van de Nationale Evaluatiecommissie<sup>147</sup>).

Vanwege deze kwesties beveelt het Wetenschappelijk Comité de wetgever aan om de verschillende registratieverplichtingen voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking te evalueren, te synchroniseren en te vereenvoudigen. Om onduidelijkheid bij de berekening van de zwangerschapsduur te voorkomen, beveelt het Comité tevens aan om in de wetgeving inzake zwangerschapsafbreking en aanverwante wetgeving de zwangerschapsduur op te nemen in zowel weken na de bevruchting en in weken amenorrhoe.

<sup>147</sup> Document voor registratie van geval van zwangerschapsafbreking: [https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/laatste\\_reg\\_formulier\\_-\\_2022.pdf](https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/laatste_reg_formulier_-_2022.pdf); Document voor het jaarlijks verslag van de instelling: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/ivg-jaarlijks-verslag>; Document voor het jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst: <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/ivg-jaarlijks-verslag-0>.

## 6. Abortusverzoeken na 12 weken zwangerschap

### 6.1 Situering van de kwestie van abortusverzoeken na 12 weken zwangerschap

In wat volgt wordt ingegaan op de verschillende belangen die op het spel staan in geval van abortusverzoeken voor zwangerschappen voorbij 12 weken na de bevruchting. De volgende paragrafen bieden een kort overzicht van de situatie in België en proberen het statuut van abortusverzoeken na de wettelijke termijn van 12 weken PC te objectiveren. Daarna volgt een analyse, op basis van internationale wetenschappelijke literatuur, van de factoren die een rol spelen bij abortusverzoeken en -procedures in het tweede trimester.

Werkgroep 3 en vervolgens het Wetenschappelijk Comité hebben de gevoelige kwestie van de huidige termijn van 12 weken voor abortus op verzoek van de vrouw en de mogelijke verlenging daarvan zorgvuldig bestudeerd. Het is op die basis dat in de punten 6.2: Opties wat betreft wettelijke bepalingen in het geval van een verlenging (...) en 6.3: Opties voor bepaling van een verlengde zwangerschapstermijn, een reeks ontwikkelingen worden voorgesteld voor abortusverzoeken boven twaalf weken zwangerschap in de Belgische context.

De meeste van die werkzaamheden vielen onder het werk van werkgroep 3. Tenzij anders vermeld, zijn de standpunten bekrachtigd en gevalideerd door het Wetenschappelijk Comité, waardoor dit werk representatief is voor de positie van het Wetenschappelijk Comité.

#### 6.1.1 Huidige situatie in België: enkele cijfers

Abortus is op verzoek toegestaan in België tot 12 weken zwangerschap na de bevruchting. Na dit stadium is abortus alleen toegestaan om medische redenen, wanneer de zwangerschap een risico inhoudt voor de vrouw of de foetus (zie hoofdstuk 5.3).

Wat electieve zwangerschapsafbreking betreft, is slechts een klein deel van de vrouwen die in België om een abortus verzoeken, meer dan 12 weken zwanger. Het netwerk van abortusklinieken LUNA<sup>148</sup> schat dat het aandeel van deze verzoeken een stabiel percentage van ongeveer 3%<sup>149</sup> van alle abortusverzoeken in hun klinieken vertegenwoordigt. Volgens LUNA worden deze patiëntes doorverwezen, in het bijzonder naar Nederland, voor een abortus in het tweede trimester in gespecialiseerde abortusvoorzieningen. In een studie van Van de Velde et al. (2019) die

<sup>148</sup> De door LUNA aan het Wetenschappelijk Comité bezorgde gegevens komen overeen met de tussen 2013 en 2016 vastgestelde en door Van de Velde et al. (2019) verzamelde gegevens, die eveneens op 3% worden geschat.

<sup>149</sup> De raming van 3% is min of meer in overeenstemming met de cijfers op nationaal niveau, waarbij een gemiddelde wordt vastgesteld van 2,2% van de patiëntes die een abortus na 12 weken wensen (gebaseerd op een gemiddelde van 18.524 abortussen per jaar in België over de laatste 5 gerapporteerde jaren (2015-2019) (gegevens Nationale Evaluatiecommissie) en op een gemiddelde van 409 Belgische ingezetenen die in Nederland een abortusprocedure hebben ondergaan in de periode 2017-2021).

een uitgebreide steekproef (32.835) van cliënten van het LUNA-netwerk van abortusklinieken bestudeerde, werd 60% van de vrouwen die zich na de 12-wekentermijn presenteerden, voor abortus doorverwezen naar een ander land (meestal Nederland). Naar schatting 17% zag af van abortus en droeg de zwangerschap uit om het ouderschap op zich te nemen, terwijl 3% werd doorverwezen naar adoptiediensten. Voor 20% van de vrouwen die meer dan 12 weken zwanger waren op het ogenblik van hun aanmelding, ontbreekt de informatie over de eindbeslissing.

De cijfers die in de laatste vijf geregistreerde jaren (2017 tot 2021) in het jaarlijkse Nederlandse verslag worden gerapporteerd, laten een gemiddelde van 409 vrouwen zien die uit België komen en een abortus in Nederland bekomen ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap", 2022). De Belgische Nationale Evaluatiecommissie baseert haar ramingen op dezelfde reeks gegevens. Het Wetenschappelijk Comité hanteert in dit rapport het vijfjaarlijks gemiddelde (2017-2021) van uitgevoerde abortussen in Nederland bij Belgische vrouwen om een inschatting te kunnen maken van de huidige vraag naar tweedetrimesterabortus bij Belgische patiënten, al geeft dit cijfer niet weer hoeveel abortusverzoeken voorbij 12 weken zouden worden gesteld mocht deze optie in België legaal en beschikbaar zijn zonder de nood aan een buitenlandse reis. Een ruimere terugblik in de tijd over een periode van 10 jaar (periode 2010-2020)<sup>150</sup> toont dat het aantal Belgische patiënten die in Nederland een abortus zochten zich tussen +800 patiënten (803 om precies te zijn) en 330 patiënten situeert. Het Wetenschappelijk Comité acht deze range representatief voor het huidige aantal verzochte abortussen in Nederland en stelt een graduele daling over de tijd vast van deze aantallen. Een impact van COVID-lockdowns op het aantal abortussen en buitenlandse reizen in de meest recente jaren is niet uitgesloten. Het Wetenschappelijk Comité erkent dat de Nederlandse cijfers over Belgische vrouwen geen onderscheid vertonen qua zwangerschapsduur. Op basis van input uit de Belgische en Nederlandse abortuspraktijk, alsook van de brede beschikbaarheid van abortus voor 12 weken PC in België, kan er van worden uitgegaan dat deze cijfers slechts of nagenoeg alleen patiënten vertegenwoordigen die zich voorbij de twaalfwekengrens aanmelden in Nederland. Het Wetenschappelijk Comité beschouwt deze data aldus als representatief voor de abortusverzoeken voorbij de wettelijke abortusgrens die gehanteerd wordt in België.

Figuur 9 Aantal abortusprocedures in Nederland voor vrouwen uit België (per jaar)

Aantal abortusprocedures in Nederland tussen 2017 en 2021						
Jaar	2017	2018	2019	2020	2021	Gemiddelde (2017-2021)
Belgische patiënten	472	444	428	330	371	409

Bron: ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap", 2022)

<sup>150</sup> Door het faillissement van een Nederlandse abortuskliniek in 2010 moesten de data voor 2010 deels worden geschat. Daarom worden hier en in de Nederlandse rapportage de data van 2009 gehanteerd.

Van de patiëntes die zich na de wettelijke termijn van 12 weken aanmelden, wordt de verdeling van de zwangerschapstermijn voor het jaar 2018 weergegeven in onderstaande tabel, gebaseerd op interne gegevens van LUNA. Merk op dat de eerste regel van de tabel betrekking heeft op vrouwen met een zwangerschapsduur van 11 weken + 1 dag na de bevruchting. Vóór de wettelijke hervorming in 2018 werden zij als 'te laat' beschouwd vanwege het uitzitten van de verplichte wachttijd van 6 dagen. Deze situatie doet zich niet meer voor sinds de wetsherziening van 2018.

Figuur 10 Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken zijn doorverwezen vanwege een overschrijding van de maximale zwangerschapstermijn

Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken zijn doorverwezen (in weken na de bevruchting)			
Jaar 2018			
11 weken + 1 dag	16%	16 weken	13%
12 weken	21%	17 weken	5%
13 weken	10%	18 weken	4%
14 weken	10%	19 weken	4%
15 weken	7%	20 of > 20 weken	10%

De gegevens uit de Nederlandse jaarverslagen over het aantal abortusprocedures ("Jaarrapportage 2018 Wet afbreking zwangerschap", 2019; "Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap", 2022) geven een overzicht van de verdeling van abortusprocedures per zwangerschapsduur in Nederland, waar de wet abortus toestaat tot 22 weken na de bevruchting (24 weken na de laatste menstruatie). Dit overzicht toont consistentie op vlak van het aandeel vroege abortusprocedures, waarbij ongeveer 85% van de afbrekingen in het eerste trimester plaatsvindt. Het toont een groter aandeel abortussen in het tweede trimester dan zou worden verwacht op basis van de Belgische beschikbare gegevens. Het Wetenschappelijk Comité gaat ervan uit dat dit grotendeels kan worden toegeschreven aan de hoge instroom van buitenlandse patiëntes (Belgische en andere) die in Nederland een abortus in het tweede trimester verzoeken, wanneer die abortusprocedures in eigen land niet legaal beschikbaar zijn.

Figuur 11 Aantal abortussen per zwangerschapsduur in Nederland, inclusief lokale en buitenlandse patiëntes

Aantal abortussen per zwangerschapsduur in Nederland (in weken na de bevruchting)				
	Jaar 2018		Jaar 2021	
	Totaal	%	Totaal	%
twee weken	996	3,21%	2.041	6,57%
3 weken	4.936	15,92%	7.362	23,71%
4 weken	6.532	21,07%	7.643	24,62%
5 weken	4.532	14,62%	3.233	10,41%
6 weken	3.599	11,61%	766	8,91%
7 weken	2.195	7,08%	1443	4,65%
8 weken	1.164	3,75%	719	2,32%
9 weken	919	2,96%	609	1,96%
10 weken	673	2,17%	439	1,41%
11 weken	529	1,71%	530	1,71%
12 weken	604	1,95%	590	1,90%
13 weken	602	1,94%	560	1,80%
14 weken	634	2,05%	593	1,91%
15 weken	567	1,83%	500	1,61%
16 weken	548	1,77%	365	1,18%
17 weken	510	1,65%	397	1,28%
18 weken	486	1,57%	386	1,24%
19 weken	482	1,55%	446	1,44%
20 weken	314	1,01%	229	0,74%
21 weken	166	0,54%	156	0,50%
N.v.t.	14	0,05%	42	0,14%
<b>TOTAAL</b>	<b>31.002</b>	<b>100,00%</b>	<b>31.049</b>	<b>100%</b>

Bron: ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap 2022", 2022)

Als we enkel focussen op het totale aantal abortussen in het tweede trimester in Nederland, kunnen we vaststellen dat ongeveer 3/4 van die procedures plaatsvindt vóór 18 weken zwangerschap na de bevruchting (20 weken na de laatste menstruatie), en 1/4 vanaf 18 weken en verder.

Figuur 12 Aantal abortusprocedures in het tweede trimester per zwangerschapsduur in Nederland<sup>151</sup>

Aantal abortusprocedures in het tweede trimester per zwangerschapsduur in Nederland (in weken na de bevruchting)						
	Jaar 2018			Jaar 2021		
	Totaal	%		Totaal	%	
11 weken	529	10,03%	75,70%	530	11,53%	76,91%
12 weken	604	11,45%		590	12,84%	
13 weken	602	11,41%		560	12,18%	
14 weken	634	12,02%		593	12,90%	
15 weken	567	10,75%		500	10,88%	
16 weken	548	10,39%		365	7,94%	
17 weken	510	9,67%		397	8,64%	
18 weken	486	9,21%	24,30%	386	8,40%	23,09%
19 weken	482	9,14%		446	9,70%	
20 weken	314	5,95%		229	4,98%	
<b>TOTAAL</b>	<b>5.276</b>	<b>100%</b>		<b>4.596</b>	<b>100%</b>	

Bron: ("Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap", 2022)

Het Wetenschappelijk Comité heeft ook gegevens ontvangen van de Bloemenhovekliniek in Heemstede, een Nederlandse kliniek die gespecialiseerd is in abortus in het tweede trimester. Deze geven een verdeling weer van Belgische vrouwen die een abortusprocedure in die kliniek hebben ondergaan in één jaar. Deze gegevens laten een iets andere verdeling zien, maar we moeten erop wijzen dat de Bloemenhovekliniek één van de enige twee klinieken in het land<sup>152</sup> is die abortusprocedures aanbieden tot 20 weken en 2 dagen na de bevruchting, wat een oververtegenwoordiging van cliënten die tussen 18 en 20 weken zwanger zijn zou kunnen verklaren. Met een totaal van 100 patiënten uit België voor het jaar 2021 (voor een totaal van 371 patiënten die in 2021 abortus in Nederland ondergingen), doen deze gegevens vermoeden dat de Bloemenhovekliniek een aanzienlijk deel van de door Belgische vrouwen abortussen verzocht in het buitenland voor haar rekening neemt. Dit maakt ze het vermelden waard.

<sup>151</sup> Om vergelijking met de voormelde LUNA-data mogelijk te maken, hebben wij alle zwangerschapsafbrekingen vanaf 11 weken in deze tabel geïnccludeerd. In 2018 moesten Belgische vrouwen bij een zwangerschapsduur van meer dan 11 weken en 1 dag immers nog doorverwezen worden naar Nederland.

<sup>152</sup> In tegenstelling tot de Bloemenhovekliniek bieden vijf Nederlandse klinieken abortusprocedures aan tot maximum 18 weken na de bevruchting, acht tot 13 weken, één tot 12 weken en twee tot 9 weken (bron: <https://sense.info/en/pregnant/pregnant-what-now/abortion-clinics>).

Figuur 13 Aantal abortusprocedures per zwangerschapsduur in de Bloemenhovekliniek voor patiënten uit België (Uitgedrukt in weken na de conceptie)

Aantal abortusprocedures per zwangerschapsduur in de Bloemenhovekliniek voor patiënten uit België (Uitgedrukt in weken na de conceptie)		
Jaar 2021		
11 weken	1	54%
12 weken	3	
13 weken	11	
14 weken	15	
15 weken	10	
16 weken	8	
17 weken	6	
18 weken	15	46%
19 weken	22	
20 weken	9	
<b>TOTAAL</b>	<b>100 patiënten</b>	<b>100%</b>

Zoals gesuggereerd door dokter Raina Brethouwer tijdens een deskundigenhoorzitting, zou de daling van het aantal abortusprocedures in week 16 en 17 na de bevruchting (18 en 19 weken na de laatste menstruatie) kunnen worden verklaard door de hogere financiële kosten van de procedure in die periode, waardoor er in week 14 en 15 een toeloop van patiënten ontstaat. Het hogere aantal rond 18-19 weken na de bevruchting wordt verklaard door de stimulans om een zwangerschap vóór 20 weken (22 weken na de laatste menstruatie) te laten uitvoeren, omdat het na 20 weken vrijwel onmogelijk wordt een abortus te krijgen. Hoewel vroegtijdige abortusprocedures altijd de voorkeur verdienen, is het Wetenschappelijk Comité van mening dat het tijdstip van de procedure (en dus de zwangerschapsduur bij uitvoering) niet mag worden beïnvloed door financiële beperkingen of stimuli.

## 6.1.2 Mogelijke oorzaken van abortusaanvragen na 12 weken zwangerschap

### 6.1.2.1 Profielen van vrouwen die abortus verzoeken na 12 weken zwangerschap

Zich baserend op gegevens van de LUNA-centra tussen 2013 en 2016 geeft de studie van Van de Velde et al. een interessant overzicht van de sociaal-demografische factoren die de kans verhogen om zich aan te melden voor een abortus boven de wettelijke termijn in Vlaanderen (Van de Velde *et al.*, 2019). De belangrijkste vastgestelde factoren zijn: een opleidingsniveau dat het hoger secundair onderwijs niet overstijgt; werkloosheid; en een leeftijd onder 18 of tussen 18 en 19 jaar. Op basis van die factoren bespreken de auteurs het belang om rekening te houden met de socio-economische kwetsbaarheid van abortuspatiëntes, meestal in verder gevorderde zwangerschapsstadia. Deze factoren wegen nog zwaarder door bij gevorderde zwangerschappen (later in het tweede trimester), waar de socio-economische kwetsbaarheid nog meer pertinent wordt.

Deze vaststellingen zijn in lijn met de verslagen van de WHO, waarin wordt vastgesteld dat kwetsbare vrouwen het meest te lijden hebben bij een strikte beperking op vlak van termijn voor abortus (m.n. vrouwen met cognitieve beperkingen, jongere en minderjarige vrouwen, vrouwen die moeilijker toegang hebben tot medische en abortusvoorzieningen, vrouwen met financiële problemen of vrouwen met een lager opleidingsniveau).<sup>153</sup>

Van de Velde et al. belichten enkele verschillen tussen abortus die wordt aangevraagd voor zwangerschappen net voorbij de wettelijke grens (gesitueerd op 11 weken + 2 tot 6 dagen na de bevruchting ten tijde van de studie) en voor zwangerschappen van meer dan 12 weken. Voor deze laatste groep zijn de risicofactoren inderdaad enigszins anders, met een oververtegenwoordiging van jonge vrouwen die nog geen kinderen hebben gebaard en die niet-Belgisch zijn. Hoewel Belgische patiëntes meer vertegenwoordigd zijn in de steekproef, lijken niet-Belgische migranten een groter risico te lopen om geen toegang te krijgen tot gezondheids- en abortuszorg wegens hun beperktere toegang tot informatie over het gezondheidssysteem, maar ook wegens belemmeringen zoals taal, angst voor vormen van discriminatie van zorgverleners en angst om hun wettelijk statuut in gevaar te brengen wanneer zij het gebruik maken van het gezondheidszorgsysteem (voor vrouwen zonder papieren of asielzoeksters, bijvoorbeeld).

Deze bevindingen komen overeen met deze die volgen uit de analyse van de profielen van vrouwen die om een abortus in het tweede trimester vragen in andere landen. In Nederland blijkt de jonge leeftijd van de patiënte ook een risicofactor te zijn: 26% van de abortussen in het tweede trimester wordt uitgevoerd bij patiëntes van 15 tot 19 jaar, en 19% bij patiëntes van 20 tot 24 jaar (Loeber en Wijsen, 2008). Jonge leeftijd is inderdaad een terugkerende factor van een laattijdig verzoek om een zwangerschapsafbreking volgens verschillende studies in Europa (Lee en Ingham, 2010;

<sup>153</sup> <https://srhr.org/abortioncare/chapter-2/recommendations-relating-to-regulation-of-abortion-2-2/law-policy-recommendation-3-gestational-age-limits-2-2-3/>.

Mentula *et al.*, 2010; Cameron *et al.*, 2016; Purcell *et al.*, 2017) of de Verenigde Staten (Finer *et al.*, 2006; Kiley *et al.*, 2010a). De Nederlandse studie toont bovendien aan dat buitenlandse vrouwen die niet verblijven in Nederland oververtegenwoordigd zijn bij de patiëntes die om abortus in het tweede trimester verzoeken (72%) (Loeber en Wijsen, 2008).

In de context van de Verenigde Staten zijn de financiële kwetsbaarheid van de patiënten en het gebrek aan (praktische en financiële) toegang tot abortusvoorzieningen de belangrijkste factoren die leiden tot latere abortusverzoeken. Als patiëntes niet over de nodige middelen beschikken om een abortus te financieren, stellen zij de procedure uit, waarbij de kosten van de abortusprocedure toenemen met de zwangerschapsduur (Kiley *et al.*, 2010a). In Europese landen waar abortusvoorzieningen beschikbaar en betaalbaar zijn, lijkt het aantal abortusverzoeken in het tweede trimester stabiel te blijven, zoals in Nederland (Loeber en Wijsen, 2008) en Finland (Mentula *et al.*, 2010). Een mogelijke verklaring voor de constante vraag in de tijd naar tweede trimester abortussen ligt in het kwetsbare profiel van de patiëntes op vlak van contraceptie, gezondheid of relationele status, waardoor de zwangerschap later wordt herkend of afgebroken.

Een recente publicatie van het Centre d'Action Laïque bevat een reeks getuigenissen van vrouwen die een ongewenste zwangerschap hebben meegemaakt die pas na 12 weken zwangerschap werd ontdekt, waarna zij dus om een abortus na de Belgische wettelijke termijn hebben verzocht (Lausberg *et al.*, 2022). De publicatie legt de nadruk op de uiteenlopende profielen van vrouwen die met deze ongewenste zwangerschappen worden geconfronteerd, waaruit blijkt dat – ook al zijn er voorspelende factoren – deze situatie iedereen kan overkomen, ongeacht het opleidingsniveau of de economische situatie.

### 6.1.2.2 Verklaringen voor latere abortusverzoeken

Nu de profielen van personen die om een abortus in het tweede trimester verzoeken, zijn vastgesteld, lijkt het belangrijk ook de context achter deze verzoeken te onderzoeken en na te gaan hoe die de latere aanmelding voor een abortus verklaart.<sup>154</sup>

#### Vertraging bij het herkennen van zwangerschapssymptomen

Hoe vanzelfsprekend het ook lijkt, moet er eerst een besef zijn van de zwangerschap voordat de vrouw kan oordelen of ze de zwangerschap voortzet of afbreekt. Toch kan deze eerste stap een uitdaging zijn, vooral als de zwangerschap onverwacht is en als de patiënte moeite heeft met het herkennen van de zwangerschapssymptomen. Vertragingen bij de herkenning van de zwangerschap zijn een belangrijke oorzaak van latere abortusverzoeken, zoals uit verschillende studies blijkt. In de volgende paragrafen worden de oorzaken voor het niet-herkennen van een zwangerschap uiteengezet.

<sup>154</sup> Er loopt momenteel een doctoraatsonderzoek die dergelijke trajecten in de Belgische context bestudeert, maar het werk van Anna Wallays (onder toezicht van prof. Sarah Van de Velde aan de Universiteit Antwerpen) bevindt zich nog in de beginfase.

#### a. Jonge leeftijd en geen eerdere zwangerschapservaring

In sommige studies wordt late zwangerschapsherkenning gecorreleerd met de jonge leeftijd van vrouwen en de afwezigheid van een eerdere zwangerschapservaring (Van de Velde *et al.*, 2019). Als de persoon de zwangerschap niet verwacht en niet weet welke symptomen bij een zwangerschap normaal worden waargenomen of hoe die tot uiting komen, kan ze de zwangerschap soms niet vaststellen. Gebruikelijke symptomen zijn niet alleen amenorroe (het uitblijven van de menstruatie) – wat misleidend kan zijn, zoals hierna zal worden uitgewerkt – maar ook misselijkheid, braken of pijnlijke borsten.

#### b. Onregelmatigheid van de menstruatiecycclus: hormonale oorzaken, amenorroe door contraceptiva, drugsgebruik of eetstoornissen

Een onregelmatige menstruatiecycclus is een andere factor die problemen veroorzaakt bij het herkennen van de zwangerschap: patiëntes die vertrouwd zijn met onregelmatige cycli, hebben de neiging om niet te worden gealarmeerd door het uitblijven van hun menstruatie (Ingham *et al.*, 2008; Lee en Ingham, 2010; Purcell *et al.*, 2017; Van de Velde *et al.*, 2019).

Sommige vrouwen hebben last van onregelmatige cycli of uitblijvende menstruatie als gevolg van hun hormonale profiel (jonge vrouwen, vrouwen die lijden aan het polycysteus-ovariumsyndroom, enz.). Het gebruik van bepaalde soorten contraceptiva (injecteerbaar of oraal) kan de menstruatie onderdrukken en de vaststelling van een zwangerschap bemoeilijken. Hoewel deze anticonceptiva de zwangerschapssymptomen kunnen verhullen en kunnen leiden tot latere herkenning van de zwangerschap (en dus tot latere abortus), blijven anticonceptiva een belangrijk strategisch instrument in de preventie van ongewenste zwangerschappen.

Andere oorzaken van amenorroe, zoals drugsmisbruik of eetstoornissen, kunnen niet alleen leiden tot een latere ontdekking van de zwangerschap, maar ook gepaard gaan met een grotere kwetsbaarheid bij het zoeken en verkrijgen van gezondheidszorg. Drugsmisbruik is inderdaad een oorzaak van gezondheidsschade, en is bovendien gecorreleerd aan een verminderde toegang tot gezondheidszorg en verminderde levenskwaliteit, waarbij eetstoornissen vaak voorkomen (Simmat-Durand, 2002). Hormonale stoornissen en amenorroe komen in dergelijke omstandigheden vaak voor, met mogelijk een latere ontdekking van de zwangerschap tot gevolg. Vertraging bij het herkennen van de zwangerschap bij druggebruiksters is een bekende oorzaak van latere abortusverzoeken. Een belangrijk gevolg is dat zwangerschappen de maximale wettelijke zwangerschapstermijn overschrijden en dat de abortusprocedure dus aan de patiënte wordt geweigerd (Simmat-Durand, 2002; Rutman *et al.*, 2022). Zwangerschappen in het kader van drugsmisbruik kunnen zowel voor de vrouw als voor de foetus/het kind dat geboren zal worden een risico inhouden, zowel als rechtstreeks gevolg van het drugsmisbruik als door de onstabiele leefomstandigheden van de patiënte tijdens en na de geboorte. Uit sommige getuigenissen blijkt ook dat, wanneer abortus wordt geweigerd, sommige vrouwen hun toevlucht nemen tot meer misbruik en gebrek aan zelfzorg, in de hoop dat dit

zou leiden tot een ‘spontane’ beëindiging van de zwangerschap. Bij drugsmisbruik worden vaak meerdere middelen gebruikt, waardoor het moeilijker wordt specifieke risico's vast te stellen (Simmat-Durand, 2002).

Eetstoornissen, vooral in het geval van anorexia nervosa, vormen een andere mogelijke oorzaak voor het laat ontdekken van de zwangerschap. Hoewel patiëntes met anorexia vaak worden geconfronteerd met amenorroe, kunnen bevruchting en zwangerschap toch voorkomen en, bij gebrek aan tekenen van een menstruatiecycclus, onopgemerkt blijven (Bonne *et al.*, 1996; Bulik *et al.*, 2010). Bij sommige anorectische vrouwen leeft ook de (verkeerde) indruk dat amenorroe bescherming biedt tegen ongewenste zwangerschap (Bulik *et al.*, 2010). Casestudies ondersteunen ook dat andere symptomen van zwangerschap (misselijkheid, braken, zwakte, vermoeidheid) sterk lijken op de lichamelijke sensaties die door anorexia worden veroorzaakt en dat ze bijgevolg niet als alarmerend worden beschouwd (Bonne *et al.*, 1996).

#### c. Zwangerschapsontkenning

Ontkenning van zwangerschap is een specifieke situatie van late ontdekking van zwangerschap – maar in dit geval wordt de late of ontbrekende identificatie van de zwangerschap toegeschreven aan psychologische oorzaken. Zwangerschapsontkenning wordt gedefinieerd als het psychische onvermogen van de patiënte om de zwangerschap en de bijbehorende symptomen te identificeren en te herkennen<sup>155</sup> (Brezinka *et al.*, 1994; Chaulet *et al.*, 2013; Delong *et al.*, 2022). Als gevolg van deze psychologische toestand zijn verschillende somatische uitingen kenmerkend voor ontkende zwangerschappen: geen significante gewichtsvariatie, ononderbroken menstruatie, minder foetale beweging (en geen waarneming daarvan), afwezigheid van misselijkheid (Brezinka *et al.*, 1994; Chaulet *et al.*, 2013). Net als andere oorzaken voor het laat-tijdig herkennen van zwangerschap wordt bekendheid met onregelmatige menstruatie en het gebruik van hormonale anticonceptiva die maandelijke bloedingen opwekken, genoemd als factoren voor het langer ontkennen van de zwangerschap (Brezinka *et al.*, 1994). Een van de meest opvallende aspecten bij zwangerschapsontkenning is de afwezigheid van zichtbare uitrekking van de buikwand, die meestal waarneembaar is na het eerste trimester van een normale zwangerschap. Deze afwezigheid van uitrekking wordt toegeschreven aan een permanente contractie van de rectus abdominis (de rechte buikspier) en een gewijzigde positie van de baarmoeder in geval van zwangerschapsontkenning (Grobet *et al.*, 2020).

In de wetenschappelijke literatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen gedeeltelijke en volledige zwangerschapsontkenning. Van volledige ontkenning is sprake wanneer de zwangerschap pas tijdens de bevalling of tijdens de geboorte wordt erkend, terwijl gedeeltelijke ontkenning kenmerkend is voor een zwangerschap die vóór de bevalling wordt erkend (Chaulet *et al.*, 2013; Grobet *et al.*, 2020). In de

<sup>155</sup> Zwangerschapsontkenning moet worden onderscheiden van zwangerschapsverhulling, waarmee een zwangerschap wordt aangeduid die door de patiënte bewust is vastgesteld, maar voor de naasten wordt verhuld op grond van een gespannen verhouding ten aanzien van de zwangerschap en de foetus (Chaulet *et al.*, 2013; Delong *et al.*, 2022).



literatuur bestaat echter geen consensus over vanaf welke zwangerschapsduur een niet-geïdentificeerde zwangerschap als ontkend moet worden beschouwd.

Verskillende studies wijzen op een prevalentie van ongeveer 2 tot 3 gevallen van zwangerschapsontkenning op 1000 geboorten (Wessel *et al.*, 2007; Chaulet *et al.*, 2013). Zwangerschapsontkenning is dus helemaal geen zeldzame aandoening, en de zorg voor de betrokken patiëntes zou moeten gebaseerd zijn op het betere begrip dat in hedendaags onderzoek geleidelijk tot stand komt.

Gevalen van neonaticide die worden toegeschreven aan totale zwangerschapsontkenning, hebben enig mediageniek licht op deze kwestie geworpen, maar zij weerspiegelen niet de verscheidenheid aan uitkomsten van ontkende zwangerschappen. Uit een studie van Chaulet *et al.* in Angers (Frankrijk) onder 75 patiëntes die geconfronteerd werden met zwangerschapsontkenning, blijkt dat, hoewel de meeste van die zwangerschappen plaatsvonden zonder voorafgaande zwangerschapsintentie, slechts 16 (23%) van de patiëntes om een abortus vroegen<sup>156</sup> (Chaulet *et al.*, 2013). De belangrijkste complicaties waarmee ontkende zwangerschappen gepaard gaan ten aanzien van de foetus zijn het ontbreken van een aangepaste levensstijl van de zwangere vrouw (vrijetijds- of beroepsrisico's, alcohol- of drugsgebruik) (Brezinka *et al.*, 1994). Prematuriteit (verschillende stadia) en foetale groeiachterstand zijn de belangrijkste complicaties voor de foetus, volgens twee studies (Brezinka *et al.*, 1994; Chaulet *et al.*, 2013). In dezelfde twee studies wordt een sterftecijfer van foetussen van respectievelijk 8 en 14% gevonden, maar zonder dat een causaal verband kan worden gelegd met de zwangerschapsontkenning (*ibidem*).

Wat zwangere vrouwen betreft, zijn de risico's meer gericht op hun psychologisch welzijn, waarbij professionele hulp nodig is om hun zwangerschap en het bestaan van de foetus of de pasgeborene te erkennen en te verwerken. Hoewel de profielen van de patiënten die te maken krijgen met zwangerschapsontkenning, zeer divers zijn, en niet beantwoorden aan de stereotypen van lage intelligentie of lage opleiding en sociaal isolement (Wessel *et al.*, 2007), zijn er verschillende risicofactoren vastgesteld. Wessel *et al.* (2007) wijzen erop dat een zeer jonge leeftijd of een relatief late reproductieve leeftijd risicofactoren zijn, evenals een onstabiele relatie en een kritieke sociale situatie. De auteurs benadrukken echter dat deze risicofactoren niet volstaan om alle patiëntes te identificeren. Zij wijzen er ook op dat vrouwen die neonaticide pleegden, ook geen specifieke profielen hadden, behalve gemeenschappelijke patronen van machteloosheid, armoede of afhankelijkheid, veroorzaakt door uiteenlopende sociaal-demografische achtergronden (*ibidem*). In andere studies wordt benadrukt dat een reeds bestaande geschiedenis van late zwangerschapsidentificatie en/of zwangerschapsontkenning bij eerdere zwangerschappen patiëntes voorbeschikt maakt voor verdere zwangerschapsontkenning (Chaulet *et al.*, 2013; Delong *et al.*, 2022). Bij gebrek aan medische classificatie (geen vermelding in DSM

<sup>156</sup> Abortus kon niet altijd legaal worden uitgevoerd, gelet op de zwangerschapsduur. De mogelijkheid van een adoptie van de pasgeborene wordt dan voorgesteld.

of ICD)<sup>157</sup> zouden dergelijke antecedenten indicatoren moeten zijn voor de zorgverleners om de symptomen van zwangerschap bij dergelijke risicopatiëntes verder te onderzoeken (*ibidem*).

#### Vertraging in de besluitvorming

Wanneer de zwangerschap wordt vastgesteld of vermoed op basis van de symptomen, zijn er nog twee andere parameters die kunnen leiden tot een abortus in het tweede trimester. De eerste oorzaak van uitstel kan liggen in de tijd die nodig is om een zwangerschapstest te doen, terwijl de tweede te maken heeft met uitstel bij een keuze over het voortzetten of afbreken van de zwangerschap (Foster, 2003, 2003; Ingham *et al.*, 2008; Lee en Ingham, 2010; Cameron *et al.*, 2016; Gerds *et al.*, 2016; Purcell *et al.*, 2017).

#### a. Ambivalentie en 'liminaliteit'

Verskillende auteurs maken melding van een ambivalente positie ten aanzien van zwangerschap, tussen een persoonlijke wens (of de afwezigheid daarvan) om een kind te krijgen, en externe factoren, zoals de leefomstandigheden, financiële stabiliteit en de aard van de relatie met de partner (Ingham *et al.*, 2008; Lee en Ingham, 2010). Dit laatste punt, in de literatuur meestal gecategoriseerd als een dominante factor, omvat in feite verschillende situaties. Het kan gaan om een instabiele relatie, onenigheid over de zwangerschap en de uitkomst daarvan, een verbroken relatie, maar ook om huiselijk geweld.

Antropologische perspectieven bieden nuttige inzichten om trajecten te begrijpen die lijken te ontsnappen aan het traditionele narratief van zwangerschapsontdekking. Dit traditionele narratief begint naar verluidt met een gemiste menstruatie, gevolgd door een zwangerschapstest en een medisch consult (of het nu de bedoeling is de zwangerschap voort te zetten of niet). Volgens Purcell *et al.* (2017) zijn dergelijke verhalen niet representatief voor de ervaring van veel vrouwen, voor wie de symptomen van zwangerschap en de status van zwanger zijn uiterst ambigu blijven. Niet in het verhaal passen lijkt een vorm van falen in het managen van iemands vruchtbaarheid, ook al kunnen vele redenen een vertraging in het ontdekken van de zwangerschap en de vertraagde besluitvorming rechtvaardigen. De auteurs vermelden het begrip 'zwangerschapsliminaliteit', dat staat voor een periode waarin de zwangerschap nog niet volledig wordt erkend: voordat de zwangerschap met zekerheid is vastgesteld of voordat een vast besluit is genomen, zien vrouwen zichzelf als noch zwanger, noch niet zwanger.

De eerste zichtbare tekenen van zwangerschap en de sociale gevolgen van de erkenning ervan vormen de aanzet tot een besluit en actie. Veel vrouwen die hun zwangerschap in een later stadium ontdekken, ervaren echter ook de afwezigheid van 'gewone' zwangerschapssymptomen (amenorroe, een babybuikje, enz.). De verwar-

<sup>157</sup> "Diagnostic and Statistical Manual" en "International Classification of Diseases": dit zijn handboeken en systemen voor het identificeren en classificeren van ziekten nadat deze zijn vastgesteld.

ring en de ontsteltenis na de ontdekking van de zwangerschap worden ook vaak gevolgd door de angst scheef bekeken te worden wegens het niet-vaststellen van de zwangerschap, wat kan leiden tot geheimhouding van de zwangerschap.

Ondanks de urgentie worden de beslissing en het ondernemen van actie net in latere stadia van de zwangerschap complexer. De eerste waargenomen bewegingen van de foetus creëren een gevoel van verantwoordelijkheid ten opzichte van de foetus. Zelfs zij die vastbesloten zijn een abortus te ondergaan, maken zich zorgen over dat ze de gebruikelijke voorzorgsmaatregelen niet hebben gevolgd. Dit gevoel van verantwoordelijkheid in combinatie met het ontbreken van zelfregulatie tijdens de zwangerschap (op het gebied van voeding, alcoholgebruik, enz.) kunnen wegen op de beslissing om de zwangerschap af te breken, aangezien die niet met de gepaste zorg is ingezet.

#### b. Angst voor de abortusprocedure

De angst voor de abortusprocedure is een andere factor die van invloed is op een uitgestelde beslissing (Kiley *et al.*, 2010b; Van de Velde *et al.*, 2019). Deze angst kan zowel verband houden met de procedure als met het gevreesde sociale oordeel over abortus in het tweede trimester. Bijgevolg wordt de beslissing uitgesteld door wie reeds ver gevorderd is in de zwangerschap (Kiley *et al.*, 2010b). Het feit dat iemand al eerder een abortus heeft ondergaan, gaat gepaard met minder angst voor de procedure, wat de vertraging in het zoeken van abortuszorg kan verminderen (Van de Velde *et al.*, 2019). Dit aspect duidt op de behoefte aan toegankelijke en objectieve informatie over abortusprocedures en aan de ontwikkeling van brede voorlichtingscampagnes, zoals wordt aanbevolen door het Wetenschappelijk Comité.

Wat betreft de concrete ervaring van een abortusprocedure in het tweede trimester, identificeert een studie van Purcell eveneens een gebrek aan informatie over de procedure (Purcell *et al.*, 2017). Meerdere vrouwen zijn verrast wanneer zij beseffen hoe dicht een late medicamenteuze abortus bij een daadwerkelijke bevalling kan liggen, ook qua gebruik van terminologie (denk aan: ‘moeten persen’).<sup>158</sup> Vrouwen die in het tweede trimester een chirurgische abortus onder algemene verdoving ondergaan, lijken meer tevreden over hun ervaring, en hebben minder de indruk dat ze bevallen zijn. Verschillende vrouwen vinden een medische omgeving, waarin de abortusprocedure als een normale, medische kwestie wordt benaderd die door gezondheidsprofessionals moet worden behandeld, geruststellend (Purcell *et al.*, 2017). Deze subjectieve perspectieven vormen een aanvulling op de analyse van risicofactoren en redenen die latere abortusverzoeken verklaren. Ze dragen bij tot een begrip van zwangerschap als een intieme, belichaamde ervaring. Die ervaring is ook verbonden met een reeks sociale verwachtingen en voorstellingen over vrouwelijke verantwoordelijkheid of over het typische verloop van een (al dan niet geplande) zwangerschap.

<sup>158</sup> Sommige vrouwen ervaren zelfs hormonale schommelingen die vergelijkbaar zijn met die van een bevalling en sommige vrouwen produceren melk. Vrouwen die nooit eerder zijn bevallen, beschrijven het als een schok, terwijl vrouwen met kinderen in de war zijn door de gelijkenis met hun eerdere ervaring met het geven van borstvoeding.

#### Vertraging veroorzaakt door een verminderde toegang tot medische professionals en/of abortusvoorzieningen

Gezondheidszorgkosten en de financiële belemmeringen voor een ziekteverzekering in verschillende landen, zoals de Verenigde Staten, zijn reeds genoemd als factoren die de toegang tot abortus, maar ook de besluitvorming vertragen (Foster, 2003).

Zelfs in landen die publieke en betaalbare gezondheidszorg aanbieden, kan een gebrek aan abortusfaciliteiten vertragingen en extra kosten met zich mee brengen die de besluitvorming van zwangere vrouwen beïnvloeden (Ingham *et al.*, 2008; Cameron *et al.*, 2016; Gerds *et al.*, 2016; Shaw en Norman, 2020).

Moeilijkheden bij de toegang tot gezondheidszorgprofessionals worden inderdaad vermeld als een mogelijke belemmering, en wel om verschillende redenen. Ze bestaan uit drie belangrijke parameters: gebrek aan abortusfaciliteiten (of aan faciliteiten die abortus in het 2e trimester aanbieden) in bepaalde gebieden (vooral in landelijke gebieden) (Ingham *et al.*, 2008; Loeber en Wijsen, 2008; Van de Velde *et al.*, 2019; Shaw en Norman, 2020); gebrek aan opgeleide abortusverstrekkers (Foster, 2003; Gerds *et al.*, 2016); moeilijke toegang tot gezondheidszorgprofessionals (d.w.z.: vrouwen die hun huisarts niet willen aanspreken uit angst beoordeeld te worden of wegens vertrouwelijkheidskwesties) (Ingham *et al.*, 2008; Lee en Ingham, 2010; Gerds *et al.*, 2016). Deze drie potentiële belemmeringen werden bevestigd, tot op verschillende hoogten, in de bespreking van faciliteiten die abortus in het eerste trimester aanbieden in België, zoals uitgewerkt in punt **5.2: De praktijk van electieve abortus op verzoek**. Zij versterken het standpunt van het Wetenschappelijk Comité en bevestigen de aanbeveling om te focussen op de beschikbaarheid en de opleiding van abortusverstrekkers (door opleiding, stimulering en mogelijke betrokkenheid van diverse gezondheidsprofessionals, naast artsen). De kwestie van de toegankelijkheid, praktisch en financieel, zou ook een belangrijk criterium moeten zijn indien de maximale zwangerschapstermijn zou worden verlengd, wat gepaard zou gaan met de oprichting van faciliteiten die abortusprocedures in het tweede trimester kunnen aanbieden.

#### 6.1.3 Beweegredenen voor abortus in het tweede trimester

Een analyse van de beweegredenen die vrouwen ertoe aanzetten een zwangerschap van meer dan 12 weken na de bevruchting (14 WA) af te breken, wijst op een overeenstemming met de beweegredenen die aan de oorsprong liggen van vroegere abortussen. Het lijkt erop dat het verschil tussen abortusverzoeken in het eerste en het tweede trimester zich vooral situeert in de omstandigheden van de ontdekking van de zwangerschap, de toegang tot abortus en het besluitvormingsproces, maar niet in de motieven voor de abortus zelf.

De door Loeber en Wijsen (2008) voor Nederland in 2006 bestudeerde steekproef vermeldt de volgende motieven: relatie met de partner (voor 40% van de lokale patientes en 23% van de buitenlandse patientes); te vroeg om kinderen te krijgen (35%

van de lokale patiëntes en 42% van de buitenlandse patiëntes); het gezin is compleet (11% van de lokale patiëntes en 10% van de buitenlandse patiëntes).

Daarentegen zijn de motieven die in de verslagen van de Nationale Evaluatiecommissie worden genoemd (Nationale Evaluatiecommissie, 2021), hoofdzakelijk de volgende: geen kinderwens op dit moment (17,91%); relatiestatus (14,21%); gezin is compleet (9,51%); preciaire situatie (8,73%). Zoals eerder gezegd, moet worden opgemerkt dat abortusmotieven die verband houden met partnerrelatie zeer verschillende situaties kunnen omvatten. In het verslag van de Nationale Evaluatiecommissie (Nationale Evaluatiecommissie, 2021) wordt inderdaad een onderscheid gemaakt tussen: een recent verbroken relatie, een partner die geen ouder wil worden, een nieuwe of instabiele relatie, een buitenechtelijke relatie, juridische problemen in verband met een echtscheiding, problemen binnen het koppel, of relationele problemen met de familie en naaste verwanten. Deze laatste twee situaties kunnen soms (maar niet noodzakelijk) verband houden met psychologisch en/of fysiek geweld in de huiselijke of ruimere familiale context.

De correlatie tussen huiselijk geweld en ambivalentie ten aanzien van de zwangerschap en/of een laattijdig abortusverzoek zal hier worden uitgewerkt. Deze situaties stellen een continuïteit vast tussen de feitelijke elementen die late abortusverzoeken verklaren en de persoonlijke beweegredenen die samenhangen met de relationele context.

Een vooraf bestaande context van geweld en misbruik door de partner heeft verschillende gevolgen voor een zwangerschap. Ten eerste is algemeen erkend dat een klimaat van geweld en dwang het beheer van de eigen fertiliteit door het slachtoffer bemoeilijkt, wat vaker leidt tot ongewenste zwangerschappen (Pallitto *et al.*, 2013). De vaststelling van een zwangerschap op zich wordt geïdentificeerd als een potentiële trigger bij dergelijke patronen van agressie: een reeds bestaande context van huiselijk geweld is een belangrijke risicofactor voor meer partnergeweld tijdens de zwangerschap, hoewel de zwangerschap ook een oorzaak kan zijn voor het ontstaan van een patroon van agressie door de partner waar dat patroon eerder afwezig was (Glander *et al.*, 1998; James *et al.*, 2013; Pallitto *et al.*, 2013). Hoewel zwangerschap als een kwetsbare toestand wordt beschouwd, wordt deze correlatie tussen zwangerschap en toegenomen of (opnieuw) optredend partnergeweld op psychosociaal niveau begrepen als een verlies van controle van de misbruikende partner over de lichamelijke autonomie van de zwangere partner (Bacchus *et al.*, 2006). Merk ook op dat, hoewel sommige studies wijzen op een toename van huiselijk geweld tijdens de zwangerschap, andere een afname van het reeds bestaande huiselijke geweld in diezelfde context onderstrepen (Burch en Gallup, 2004; Jasinski, 2004). Dit kan erop wijzen dat de ontdekking van de zwangerschap wisselende verschuivingen kan veroorzaken in de patronen van dominantie en gedragingen tussen de partners.

Dergelijke contexten zijn van grote invloed op de abortusmogelijkheden voor de zwangere partner. Ten eerste kunnen situaties van huiselijk geweld en misbruik

vaak gepaard gaan met het ontbreken van anticonceptiekeuze, seksuele dwang of een gebrek aan autonomie op het gebied van zorg en follow-up van gezondheid, waarmee rekening moet worden gehouden bij patiëntes die het slachtoffer zijn van huiselijk geweld. Dergelijke situaties leiden niet alleen tot meer ongeplande en ongewenste zwangerschappen, maar ook tot minder mogelijkheden om een beroep te doen op gezondheidszorg en prenatale zorg (Jasinski, 2004), met inbegrip van abortus in geval van een ongewenste zwangerschap. Latere vaststelling van de zwangerschap en latere abortusverzoeken zijn in deze context weinig verrassend. De gedragsverandering van de gewelddadige partner bij de ontdekking van de zwangerschap (of die nu tot uiting komt in een toename of een afname van de agressieve handelingen), die leidt tot een ongewone dynamiek binnen het koppel, kan het voor de zwangere vrouw ook moeilijker maken een keuze te maken over de uitkomst van de zwangerschap. Een ‘persoonlijk motief’ dat op het eerste gezicht verband houdt met de relatiestatus kan een complexe situatie maskeren, die legitieme vertragingen in de besluitvorming met zich meebrengt.

#### 6.1.4 Reizen als alternatief bij juridische restricties

In landen waar abortus in het tweede trimester legaal is, blijft het aantal abortussen in dit trimester relatief laag en stabiel. Het varieert tussen 5 en 10% van alle abortusprocedures op nationaal niveau in Finland, Zweden, het VK, Canada en de VS (Ingham *et al.*, 2008; Mentula *et al.*, 2010; Shaw en Norman, 2020).

In Europa staan de meeste landen abortusprocedures toe in het eerste trimester van de zwangerschap. De belangrijkste reden voor vrouwen om naar het buitenland te reizen om een abortus te bekomen is het wettelijke verbod op abortusprocedures na het eerste trimester in hun eigen land (Berer, 2008). In het VK werden in 2014 om dergelijke redenen 5.521 abortussen aangevraagd door niet-ingezetenen, voornamelijk door Ierse, Italiaanse en Franse vrouwen (Gerds *et al.*, 2016). In Nederland werden in 2021 2.960 abortussen aangevraagd door niet-ingezetenen (“Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap”, 2022). Deze aantallen lijken de laatste jaren stabiel, maar zijn de laatste decennia aanzienlijk gedaald.

Figuur 14 Abortussen in Nederland, per land van verblijf en per jaar

Land van verblijf van de patiënte	1980	1990	2000	2015	2020	2021
Nederland	19.700	18.384	27.205	26.916	28.532	28.089
Andere landen	36.700	11.858	6.130	3.887	2.832	2.960
<b>TOTAAL</b>	<b>56.400</b>	<b>30.242</b>	<b>33.335</b>	<b>30.803</b>	<b>31.364</b>	<b>31.049</b>

Deze gegevens leiden tot twee belangrijke conclusies. Ten eerste heeft een bepaald aandeel vrouwen altijd alternatieve manieren gevonden (en zullen ze die blijven vinden) om een abortusprocedure te verkrijgen wanneer zij geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap, waaronder reizen om de procedure in een andere jurisdictie te bekomen. Ten tweede is het aantal reizen in de loop der tijd uiteraard gedaald, wat overeenstemt met het groeiend aantal landen dat de toegang tot zwangerschapsafbreking heeft geregeld en vergemakkelijkt.

Een doorverwijzing naar klinieken in het buitenland gaat niet alleen gepaard met kosten voor vrouwen die een abortus verzoeken op vlak van tijds- en financiële investering. Het gaat bovendien om een dislocatie van een nationaal probleem, dat wordt uitbesteed aan een buurland. De meeste abortussen zullen hoe dan ook plaatsvinden, maar met een grotere vertraging en hogere kosten voor de patiënte ofwel het gezondheidssysteem (Pennings, 2002; Van de Velde *et al.*, 2019). De extra kosten en drempels die het ondergaan van abortus in het buitenland na het eerste trimester met zich mee brengen lijken in strijd met de aanbeveling van de WHO om patiënten niet te discrimineren op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheidszorg.<sup>159</sup>

<sup>159</sup> <https://srhr.org/abortioncare/chapter-2/recommendations-relating-to-regulation-of-abortion-2-2/law-policy-recommendation-3-gestational-age-limits-2-2-3/>.

## 6.2 Opties wat betreft wettelijke bepalingen in het geval van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor abortus

Rekening houdend met de informatie uiteengezet in de voorafgaande hoofdstukken (huidige praktijk van abortusprocedures in het eerste trimester in abortuscentra en ziekenhuizen en stand van zaken van abortusverzoeken na de 12-wekentermijn), stellen werkgroep 3 en het Wetenschappelijk Comité een denkoefening voor over de mogelijkheid om de wettelijke zwangerschapstermijn voor abortus in België te verlengen.

Dit voorstel berust voornamelijk op de noodzaak om de huidige ongelijke toegang voor Belgische vrouwen tot abortusprocedures na 12 weken na de bevruchting te erkennen. In de vorige hoofdstukken is inderdaad gewezen op de mogelijkheid om in het buurland Nederland een abortus te ondergaan, en op de financiële, administratieve en tijdsgebonden, alsook psychologische belasting voor vrouwen die deze met zich meebrengt. Daarnaast bestaan er voor sommige personen (met name vrouwen zonder papieren) administratieve moeilijkheden om het land te verlaten. Wettelijke beperkingen in de vorm van een zwangerschapstermijn lijken het aantal ongewenste zwangerschappen van meer dan 12 weken na de bevruchting niet te beïnvloeden, en hebben slechts een beperkte invloed op beslissingen om een abortusprocedure na die termijn te ondergaan. België kan bovendien bijzonder goede resultaten voorleggen op het gebied van preventie en anticonceptie. Inmiddels wordt algemeen erkend dat deze goede preventiepraktijken gepaard moeten gaan met kwalitatieve abortuszorg. Het is in feite deze algemene strategie die toelaat dat België een laag – maar moeilijk nog verder te verlagen – abortuscijfer kan voorleggen van 8,8 op 1000 vrouwen van 15 tot 44 jaar voor het jaar 2019 (Nationale Evaluatiecommissie, 2021). Het West-Europese gemiddelde abortuscijfer wordt geschat op 18 op 1000 (Sedgh *et al.*, 2016). Wat de verzoeken om abortus in het tweede trimester betreft, zijn in de bovenstaande hoofdstukken de risicofactoren en de oorzaken voor latere verzoeken onderstreept. Hieruit blijkt dat abortussen die verband houden met de specifieke kwetsbaarheden die belicht werden vanuit sociaal, psychologisch en medisch oogpunt, niet louter door kwalitatieve zorg en preventie kunnen worden vermeden.

Het Wetenschappelijk Comité heeft bovendien de algemene tendensen van wetenschappelijke en technische vooruitgang in acht genomen, die toelaten dat abortusprocedures in het tweede trimester steeds veiliger worden. De deskundigheid en ervaring die internationaal werden ontwikkeld op het gebied van abortuszorg in het tweede trimester zetten vraagtekens bij de validiteit van een reeks voorzorgsmaatregelen die zijn ingevoerd in de vorm van maximale zwangerschapstermijnen voor abortus.

Naast de bekommernissen om de rechten van vrouwen en een billijke toegang tot abortus, was het Wetenschappelijk Comité gevoelig voor de kwestie van de graduele ontwikkeling van de foetus, het stadium van ontwikkeling op het moment van de abortusprocedure, alsook de veiligheid van de procedure. Deze bekommernissen

betreffen de potentiële belangen van de foetus, alsook de technische aspecten en mogelijke risico's van abortusprocedures, zoals beschreven in de hoofdstukken 4.1 (Fundamentele ethische principes) en 5.1 (Abortusmethoden).

De verschillende mogelijke opties voor een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn bij abortus die hier worden voorgesteld berusten dus op een evenwicht tussen deze principes. Het Wetenschappelijk Comité heeft drie voorname opties geselecteerd wat betreft de wettelijke bepalingen bij een eventuele verlenging van de maximale zwangerschapstermijn. Ze worden hieronder voorgesteld, samen met de respectieve argumenten.

Het toestaan van abortusverzoeken na het eerste trimester van de zwangerschap vergt een aantal juridische en organisatorische aanpassingen. Bij de bespreking zal worden nagegaan of de huidige bepalingen voor abortus op verzoek in het eerste trimester wat betreft organisatie, informatieverplichtingen en medische voorwaarden voor de uitvoering van abortusprocedures, eveneens toepassing kunnen vinden in de context van een verlenging.

#### 6.2.1 Verlenging van de maximale zwangerschapstermijn binnen het huidige wettelijke kader voor electieve abortus

In dit scenario wordt de maximale zwangerschapstermijn voor electieve abortus verlengd, en wordt het huidige wetgevend kader inzake electieve abortus gehandhaafd – zij het eventueel aangepast overeenkomstig de andere aanbevelingen en suggesties die in dit rapport zijn beschreven.

##### Bepalingen

De meerderheid van de huidige wettelijke bepalingen zouden behouden blijven. Abortus op verzoek vanaf 12 weken na de bevruchting (14 WA) tot de nieuw voorgestelde zwangerschapstermijn zou mogelijk zijn zonder dat een wettelijke rechtvaardiging op het vlak van het motief vereist is.

De Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking en, in de hypothese dat abortus als gezondheidszorg wordt beschouwd (zie hoofdstuk 3.4.1), de Wet Patiëntenrechten, vereisen reeds dat specifieke informatie over de procedure wordt verstrekt: informatie over de aard, de urgentie, de duur, de contra-indicaties, de bijwerkingen en de risico's die inherent zijn aan de procedure en relevant zijn voor de patiënte, de nazorg, mogelijke alternatieven en de financiële gevolgen van de zwangerschapsafbreking, alsmede informatie over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan de vrouw zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap. Naar analogie van de informatie die momenteel tijdens een voorafgaande raadpleging wordt verstrekt om geïnformeerde toestemming te verkrijgen, zou de informatie voorafgaand aan een abortus in het tweede trimester wettelijk verplicht dus ook uitleg over de procedure en de mogelijke risico's ervan moeten bevatten. De vereiste van een ondertekende toestemming zouden worden behouden, evenals de andere

bepalingen die voortvloeien uit de toepasselijke wetgeving inzake gezondheidszorg, onder andere met betrekking tot de kwaliteit van gezondheidszorg.

De naleving van het wettelijke voorschrift dat abortus onder “medisch verantwoorde omstandigheden” moet plaatsvinden (art. 2, 1°, b) Wet VZA), zou, in het geval van een termijnverlenging, in elk geval vereisen dat andere voorzieningen dan die welke momenteel beschikbaar zijn voor abortus in het eerste trimester worden opgericht. Dit zal verder uitvoeriger worden uitgewerkt.

Ook andere huidige bepalingen blijven toepasselijk, met name de eerste psychosociale consultatie en een tweede afspraak waarbij de abortusprocedure wordt uitgevoerd.

##### Argumenten

Dit scenario lijkt een minimale aanpassing van de bestaande wet in te houden.

Het doel op levensbeschouwelijk vlak ligt in het uitbreiden van de mogelijkheden om toegang te krijgen tot abortus voor vrouwen in België. Hierbij staat de autonomie van vrouwen om te kiezen voor abortus op verzoek in een verder gevorderd stadium van de zwangerschap dan momenteel het geval is centraal.

#### 6.2.2 Verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor electieve abortus met bijhorende specifieke bepalingen

In dit scenario wordt de context van electieve abortussen van het tweede trimester beschouwd als verschillend van electieve abortussen vóór die termijn en zouden er dus specifieke bepalingen nodig zijn. De achterliggende redenering is dat de medische en sociale risico's van electieve abortussen in het tweede trimester potentieel groter zijn dan bij vroegere abortussen, en een diepgaandere aanpak vereisen.

Met betrekking tot de zwangerschapstermijn die de drempel voor specifieke bepalingen vormt, overweegt het Wetenschappelijk Comité twee opties. Eén optie is om een drempel voor specifieke bepalingen vast te stellen op 12 weken zwangerschap na de bevruchting (14 WA), wat overeenkomt met de zwangerschapstermijn die momenteel als wettelijke grens voor abortus geldt.

Een andere optie is om een drempel voor specifieke bepalingen vast te stellen op 14-15 weken zwangerschap na de bevruchting (16/17 WA). Dit tweede voorstel is ingegeven door het feit dat de abortusprocedure tot 14-15 weken zwangerschap na de bevruchting sterk lijkt op de reeds gangbare procedure in het eerste trimester. Merk op dat in dit laatste geval, ook al zouden de specifieke bepalingen pas vanaf 14/15 weken post-conceptie (16/17 WA) van toepassing zijn, het aanbevolen wordt dat de bestaande abortusfaciliteiten die momenteel gespecialiseerd zijn in eerste trimester abortusprocedures deze zouden blijven uitvoeren tot maximaal 12 weken PC (14 WA).

**Bepalingen**

De voorgestelde specifieke bepalingen omvatten een zorgtraject in twee fasen met zorgverleners die gespecialiseerd zijn op het gebied van abortus, zoals nu ook het geval is. De eerste stap, een psychosociale begeleiding, moet echter verplicht worden uitgevoerd in aanwezigheid van een psycholoog en een maatschappelijk werker, beiden gespecialiseerd in abortuszorg en daaraan gerelateerde kwetsbare situaties. De begeleiding moet gericht zijn op de specifieke kenmerken van abortus in het tweede trimester en tijd en ruimte bieden voor bewuste en geïnformeerde besluitvorming. De totstandkoming van geïnformeerde toestemming wordt vandaag gewaarborgd door de Wet VZA en de Wet Patiëntenrechten, alsmede door de formele vastlegging ervan door de ondertekening van een toestemmingsformulier.

De tweede stap bestaat uit de abortusprocedure zelf en moet de vereiste zorg- en veiligheidsbeginselen voor abortuszorg in het tweede trimester volgen.

**Argumenten**

Dit scenario benadrukt een onderscheid tussen abortussen in het eerste trimester en in het tweede trimester, zowel in praktische als in ethische zin.

Een levensbeschouwelijke focus is gericht op volksgezondheidsoverwegingen, waarbij gestreefd wordt naar de beste voorwaarden voor zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester en naar een degelijk uitgewerkt zorgtraject. In dit opzicht vormen de garanties van kwalitatieve interdisciplinaire begeleiding en een hoog niveau van medisch-sociale expertise de belangrijkste doelstellingen.

**6.2.3 Uitbreiding van het huidige wettelijke kader voor medische abortussen**

In dit scenario zouden abortussen na 12 weken na de bevruchting (14 WA) onder de noemer van abortus op medische indicatie kunnen ressorteren. Dit zou betekenen dat de huidige definitie van abortus wegens een gevaar voor de zwangere vrouw wordt uitgebreid zodat het ook 'abortussen om (psycho-)sociale redenen' omvat. In dit perspectief wordt in acht genomen dat abortusverzoeken na 12 weken na de bevruchting (14 WA) uitzonderlijke omstandigheden en worden ze geassocieerd met hogere risico's op een mentale, sociale of materiële precaire situatie van de patiënte.

**Bepalingen**

De huidige bepalingen en protocollen voor zwangerschapsafbreking om medische redenen zouden van toepassing kunnen zijn. Een aanpassing van de Wet VZA is echter aangewezen om te verduidelijken dat (psycho-) sociale verzoeken in deze hypothese ook aanleiding mogen geven tot abortus op medische gronden (gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw).

**Argumenten**

Technieken, teams en infrastructuren voor medische abortus zijn reeds beschikbaar en kunnen in theorie in deze specifieke gevallen worden ingezet.

De juridische wijzigingen zouden minimaal zijn, maar wel grote belangrijke praktische gevolgen hebben.

**Tegenargumenten**

- Aangezien de huidige wet geen maximumtermijn oplegt voor medische abortus, verhindert niets dat dat een 'psychosociale' abortus wordt uitgevoerd ongeacht de zwangerschapsduur. Het is mogelijk om specifieke beperkingen op vlak van zwangerschapstermijn in te voeren voor zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen. Het doel van juridische simplificatie wordt echter niet bereikt als een onderscheid tussen de motieven opnieuw opduikt en wordt gekoppeld aan verschillende maximale zwangerschapstermijnen. Bovendien zou een dergelijk systeem grote gelijkenis vertonen met de hier besproken eerste en tweede optie, en aanleiding kunnen geven tot een discussie over wat een abortus 'op verzoek' onderscheidt van een 'psychosociale' abortus (zie 'risico van pathologisering van abortusverzoeken' hieronder).
- Deze piste houdt een risico in op verwarring tussen psychiatrische indicaties van de zwangere vrouw voor de zwangerschapsafbreking en zwangerschapsafbreking om psychosociale redenen.
- Deze piste houdt een risico in op het pathologiseren van abortusverzoeken om psychosociale redenen na 12 weken zwangerschap (14 weken na de laatste menstruatie) (vergelijkbaar met het begrip 'noodsituatie', dat in 2018 werd geschrappt).
- De huidige wet inzake abortussen om medische redenen vereist de medewerking van een tweede arts bij medische abortus. De wetgever zou moeten overwegen of dit gerechtvaardigd is voor psychosociale abortusverzoeken na 12 weken.
- Er kan sprake zijn van een mogelijke terughoudendheid bij verloskundigen die momenteel medische zwangerschapsafbrekingen uitvoeren om ook abortussen om psychosociale redenen uit te voeren. Men zou dezelfde terughoudendheid kunnen vrezen bij de twee andere wettelijke scenario's (verlenging van de wettelijke termijn met of zonder toevoeging van specifieke bepalingen voor electieve abortussen in het tweede trimester). Het handhaven van een wettelijk onderscheid tussen abortus om medische redenen en electieve abortus zou echter nuttig kunnen zijn om een grens te trekken tussen beide medische handelingen, zodat beroepsbeoefenaars een eigen standpunt kunnen bepalen en de ene, de andere of beide vormen kunnen uitvoeren, overeenkomstig hun mogelijkheid tot gewetensbezwaren.

**6.2.4 Conclusie wat betreft wettelijke bepalingen**

Zowel werkgroep 3 als het Wetenschappelijk Comité zijn het erover eens dat twee opties de voorkeur genieten: de maximale zwangerschapstermijn voor electieve abortus verlengen binnen het huidige wettelijk kader of met toevoeging van specifieke wettelijke bepalingen. **In beide gevallen is de oprichting van specifieke faciliteiten voor abortus in het tweede trimester, met een aantal opgeleide professionals op administratief, psychosociaal en medisch vlak, een essentiële voorwaarde.**

Het Wetenschappelijk Comité ondersteunt de optie van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn binnen het huidige wettelijke kader. Dit lijkt de eenvoudigste en vlotste manier om een verlenging te implementeren. De bestaande bepalingen inzake psychosociale consultatie blijven relevant voor procedures in het tweede trimester.

De werkgroep ondersteunde tevens de optie van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn mits specifieke bepalingen die vooral bestaan uit een nauwkeurigere omschrijving van de principes van het zorgtraject en de psychosociale begeleiding. Hoewel de praktische implicaties sterk lijken op die van de eerste optie, wordt in dit scenario de nadruk gelegd op de onderscheidende vereisten van de abortusprocedures en de follow-up van een abortus in het tweede trimester en van de patiënte, in het bijzonder na 14 of 15 weken na de bevruchting.

Zowel de werkgroep als het Wetenschappelijk Comité adviseren, op basis van de werkzaamheden en besprekingen binnen werkgroep 3, niet de optie te volgen om psychosociale abortus na 12 weken te laten ressorteren onder medische abortus. Deze optie brengt meer obstakels en eraan verbonden risico's met zich mee dan oplossingen, in het bijzonder doordat ze de afbreking van een ongewenste zwangerschap gelijkstelt met de afbreking van een doorgaans gewenste zwangerschap als gevolg van een medische aandoening. Het Wetenschappelijk Comité is van mening dat deze beide situaties weliswaar verder juridisch omkaderd en beschermd moeten zijn, maar wel twee afzonderlijke situaties moeten blijven.

### 6.3 Opties voor een bepaling van een verlengde zwangerschapstermijn voor abortus

Om te beginnen lijkt het noodzakelijk de kwestie van abortusverzoeken na 12 weken na de bevruchting in België te beoordelen aan de hand van cijfers. Deze beoordeling zal een kwantificering mogelijk maken van het deel vrouwen die in het Belgische gezondheidszorgsysteem voor abortuszorg in aanmerking zou komen bij welke termijn, wat toelaat de doelstelling van het verkleinen van de eerder vermelde ongelijkheid bij de toegang tot abortus te objectiveren.

Op basis van de cijfers die de Belgische Nationale Evaluatiecommissie voor de laatste vijf geregistreerde jaren (2017 tot 2021) vanuit de Nederlandse jaarverslagen heeft gerapporteerd, kan worden vastgesteld dat jaarlijks gemiddeld 409 vrouwen worden doorverwezen naar abortusklinieken in Nederland omdat zij de maximale zwangerschapstermijn die in België voor abortusprocedures is toegestaan, hebben overschreden (zie eerder: Figuur 9, deel 6.1.1. : Huidige situatie in België) (Nationale Evaluatiecommissie, 2021; “Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap”, 2022). Dit cijfer omvat echter niet de vrouwen die bij gebrek aan keuze voor andere oplossingen hebben gekozen (waarschijnlijk: de zwangerschap hebben behouden), maar die voor een abortus hadden kunnen kiezen indien deze mogelijkheid in België tegen een redelijke prijs beschikbaar was.

Wat Groot-Brittannië betreft, wijzen de jaarlijkse abortusstatistieken op een klein maar stabiel aantal Belgische vrouwen die in dat land een abortus hebben ondergaan in de drie laatst geregistreerde jaren: 4 in 2019, 4 in 2020 en 5 in 2021.<sup>160</sup> Het Nederlandse aantal abortusprocedures voor Belgische vrouwen lijkt meer representatief en krijgt daarom prioriteit bij het inschatten van de implicaties van mogelijke wetswijzigingen.

De verdeling van de patiëntes die zich na de wettelijke termijn in de LUNA-klinieken hebben aangemeld, verdeeld naar zwangerschapsduur, geeft een, zij het gedeeltelijk, overzicht van de abortusaanvragen in het tweede trimester in België. Er moet rekening mee worden gehouden dat deze cijfers alleen betrekking hebben op verzoeken in de abortuscentra van LUNA, en dus alleen representatief is voor het Vlaamse gewest. Bovendien is het waarschijnlijk dat een aantal vrouwen met een ongewenste zwangerschap niet naar deze centra ging (en koos voor een andere oplossing, zoals het houden van de zwangerschap of rechtstreekse aanmelding in een Nederlands abortuscentrum).

<sup>160</sup> <https://www.gov.uk/government/collections/abortion-statistics-for-england-and-wales>.

Figuur 15 Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken werden doorverwezen wegens een overschrijding van de maximale zwangerschapstermijn

Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken zijn doorverwezen per zwangerschapsweek (in weken na de bevruchting)	
Jaar 2018	
11 weken + 1 dag	16%
12 weken	21%
13 weken	10%
14 weken	10%
15 weken	7%
16 weken	13%
17 weken	5%
18 weken	4%
19 weken	4%
20 of > 20 weken	10%
<b>TOTAAL</b>	<b>100%</b>

Zoals eerder vermeld, moet erop gewezen worden dat de eerste regel van de tabel van patiëntes die worden doorverwezen voor een abortus naar het buitenland (16% van het totale aantal abortusverzoeken in het tweede trimester in België) momenteel onder de nationale wetgeving geholpen kunnen worden.

Een verder inzicht in de omvang van de potentiële vraag kan worden verkregen uit de cijfers die Nederland jaarlijks publiceert over abortussen, ook na 11 weken na de conceptie. Deze gegevens laten een meer gelijkmatige verdeling zien naar zwangerschapsduur ten tijde van de abortus. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat dit niet alleen Nederlandse patiënten omvat, maar ook een aanzienlijk aantal buitenlandse patiënten die voor een abortus in het tweede trimester komen (voor een schatting van deze gegevens: zie figuur 14, punt 6.1.4.).

Figuur 16 2018-2021 Gemiddeld aantal abortussen naar zwangerschapsduur in Nederland, inclusief lokale en buitenlandse patiënten

Aantal abortussen in het tweede trimester naar zwangerschapsduur in Nederland						
	Jaar 2018		Jaar 2021		Gemiddelde 2018 - 2021	
	Totaal	%	Totaal	%	Totaal	%
11 weken	529	10,03%	530	11,53%	529,5	10,73%
12 weken	604	11,45%	590	12,84%	597	12,09%
13 weken	602	11,41%	560	12,18%	581	11,77%
14 weken	634	12,02%	593	12,90%	613,5	12,43%
15 weken	567	10,75%	500	10,88%	533,5	10,81%
16 weken	548	10,39%	365	7,94%	456,5	9,25%
17 weken	510	9,67%	397	8,64%	453,5	9,19%
18 weken	486	9,21%	386	8,40%	436	8,83%
19 weken	482	9,14%	446	9,70%	464	9,40%
20 weken	314	5,95%	229	4,98%	271,5	5,50%
<b>TOTAAL</b>	<b>5276</b>	<b>100%</b>	<b>4596</b>	<b>100%</b>	<b>4936</b>	<b>100%</b>

Door het jaarlijkse gemiddelde van Belgische abortuspatiënten in Nederland te combineren met deze twee reeksen statistieken, kunnen we een ruwe extrapolatie maken van potentiële abortusaanvragen in het tweede trimester door Belgische vrouwen. Deze schattingsmethode vertoont enkele belangrijke gebreken, waarvan het Wetenschappelijk Comité zich bewust is: de cohorten waarop de respectieve gegevens zijn gebaseerd, zijn telkens verschillend (een vijfjarig gemiddelde van Belgische vrouwen die in Nederland een abortus hebben ondergaan (vermoedelijk in het tweede trimester) die de totale N populatie vormt; een uitsplitsing qua zwangerschapsduur bij vrouwen die zich met een ongewenste zwangerschap in het tweede trimester tot het LUNA-netwerk hebben gewend; een uitsplitsing qua zwangerschapsduur van alle patiënten (ook niet-Belgische) die in Nederland een abortus in het tweede trimester hebben ondergaan). De inschattingen van het Wetenschappelijk Comité kunnen dus louter dienen als een ruwe indicatie, ter ondersteuning van een kwantitatieve benadering die ongelijkheid beoogt te verminderen, maar kan geenszins een waterdichte projectie weergeven van reële abortusnoden of te verwachten abortussen in het tweede trimester in België.



Met betrekking tot de hiernavolgende discussie over het vaststellen van een maximale zwangerschapstermijn voor abortus, hebben we gekozen voor een kwantitatieve en ethische benadering, gericht op het verminderen van de ongelijkheid bij de toegang tot abortus, waarbij we ook rekening houden met ethische dimensies met betrekking tot de foetus en technische dimensies met betrekking tot risico's.

### 6.3.1 Geen maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek

Tijdens hoorzittingen met abortusverstrekkers en -vertegenwoordigers hebben sommige actoren uit het werkveld zich uitgesproken als voorstander van de afwezigheid van een maximumtermijn voor abortus. De weinige internationale voorbeelden waar een maximale zwangerschapstermijn voor abortus ontbreekt (waarvan Canada het meest opvallende geval is)<sup>161</sup> lijken erop te wijzen dat, in afwezigheid van een algemeen wettelijk kader, lokale overheden, medische instellingen en artsen geneigd zijn hun eigen ethische of praktische grenzen vast te stellen (Shaw en Norman, 2020).

#### Argumenten en tegenargumenten

- Het vaststellen van een specifieke termijn is noodzakelijkerwijs een keuze en een arbitrage tussen verschillende argumenten, prioriteiten en morele standpunten. De optie voor de afwezigheid van een maximale zwangerschapstermijn voor abortus kan beschouwd worden als het gevolg van de onmogelijkheid om in de zwangerschap een grens als superieur aan de andere te definiëren, en als manier om het moment van geboorte als de meest objectieve drempel voor te stellen.
- Maximale zwangerschapstermijnen die verband houden met de ontwikkelingsstadia van de foetus, zoals levensvatbaarheid, zijn kunstmatig en zullen waarschijnlijk in de loop der tijd wijzigen. Zonder maximale zwangerschapstermijn is het wettelijke kader beter beschermd tegen die evoluties binnen het kennisveld en medisch-technische uitdagingen.
- Het ontbreken van een maximale zwangerschapstermijn kan ertoe bijdragen dat het stigma dat op abortus rust, wordt weggenomen. Het opheffen van het morele stigma en een preventiestrategie zijn de belangrijkste factoren die bijdragen tot abortussen in een vroeger stadium (Fathalla, 2020; Shaw & Norman, 2020).
- Een dergelijke fundamentele wijziging van de wettelijke beleidsoriëntatie zou kunnen leiden tot meer weerstand dan steun.
- Bij het ontbreken van een wettelijke zwangerschapstermijn voor abortus bestaat het risico dat beroepsbeoefenaars in de plaats treden van de wet en hun eigen grens stellen, wat in de praktijk tot strengere beperkingen leidt.

<sup>161</sup> Andere rechtsgebieden waar geen zwangerschapstermijn voor abortus geldt, zijn onder meer het Australian Capital Territory en zes Amerikaanse staten, waaronder Vermont, Colorado en New Jersey.

- Het ontbreken van een wettelijke zwangerschapstermijn voor abortus zou kunnen leiden tot onduidelijkheid wat betreft de praktische organisatie en benodigdheden (over de vereiste opleiding, de kwalificaties van personeel per specifieke zwangerschapstermijn of moment van abortus, ...).
- Het ontbreken van een wettelijke zwangerschapstermijn voor abortus zou kunnen worden beschouwd als het verwerpen van de evenwichtsoefening tussen de waarde van de foetus en de autonomie van de vrouw, die momenteel centraal staat in onder meer de redenering van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens.
- De afwezigheid van termijn zou de uitzonderlijke status van zwangerschapsafbrekingen om ernstige medische redenen, die door beroepsbeoefenaars als contextueel anders worden beschouwd dan electieve zwangerschapsafbrekingen, kunnen verzwakken.
- Een dergelijke uitbreiding zou een contrast vormen met andere buurlanden, zoals Frankrijk (waar de zwangerschapstermijn voor abortus momenteel op 14 weken na de bevruchting ligt), Duitsland (waar de zwangerschapstermijn voor abortus momenteel op 12 weken na de bevruchting ligt) of Nederland (waar de zwangerschapstermijn voor abortus momenteel op 22 weken na de bevruchting ligt). Indien de wetgeving in België geen maximale zwangerschapstermijn zou bevatten, zou dit een toevloed van buitenlandse patiënten met zich mee kunnen brengen.

### 6.3.2 Maximale zwangerschapstermijn voor abortus op 22 weken na de bevruchting (24 WA)

Dit is de huidige wettelijke termijn in Nederland en Groot-Brittannië. De respectieve wetten van deze twee landen en de daarin vermelde zwangerschapstermijn vinden hun oorsprong in het begrip levensvatbaarheid (Ingham *et al.*, 2008; Eades, 2019). Verschillende wetenschappelijke bronnen zijn het er echter over eens dat levensvatbaarheid als criterium een verschuivende en instabiele drempel is (Robertson, 2011b; Han *et al.*, 2018) (zie ook hoofdstuk 4.1.4.: principe van de levensvatbaarheid van de foetus). Echter worden geen fundamentele veranderingen verwacht op vlak van de inherente overlevingscapaciteit van prematuren. Om die redenen acht het Wetenschappelijk Comité het nuttiger om een aantal weken als grens op te nemen in abortuswetgeving (dat gebaseerd kan zijn op de huidige, door de wetenschap meest aanvaarde definitie van levensvatbaarheid), eerder dan om levensvatbaarheid rechtstreeks in abortuswetgeving te vermelden als criterium.

Een verlenging van de zwangerschapstermijn tot 22 weken na de bevruchting (24 weken na de laatste menstruatie) zou bijna alle vrouwen die momenteel een abortus bekomen in Nederland na de 12-weeken termijn, in staat stellen de procedure binnen het eigen land te kunnen ondergaan, wat neerkomt 100% van de N populatie van 409 vrouwen per jaar. Wij kunnen echter de mogelijkheid niet uitsluiten dat een gering aantal vrouwen ook na 22 weken na de bevruchting nog om abortus zou kunnen verzoeken.

De Nederlandse evaluatie van de abortuswet (ZonMw, 2020) adviseert om de termijn van 22 weken na de bevruchting (24 WA)<sup>162</sup> in de Nederlandse wet te handhaven, maar om het begrip levensvatbaarheid in de context van abortuszorg, waar het wordt vastgesteld als een begrenzing in de tijd, te onderscheiden van levensvatbaarheid in de context van neonatale zorg, waar het een feitelijke capaciteit voor behandeling en overleving is.

Evaluaties uit juridisch en medisch oogpunt uit deze twee landen (Nederland en Groot-Brittannië) bieden bemoedigende perspectieven ter ondersteuning van deze zwangerschapstermijn (Groot-Brittannië: Parlement: Lagerhuis: Science and Technology Committee, 2007; ZonMw, 2020).

#### Argumenten en tegenargumenten

- Deze optie draagt bij tot de verwezenlijking van ethische en volksgezondheidsdoelstellingen:
  - Het stelt een einde aan de huidige situatie van ongelijkheid: abortussen in het tweede trimester zijn vandaag beschikbaar voor Belgische vrouwen, maar enkel wanneer die over voldoende middelen beschikken om de abortusprocedures in het buitenland te bekomen. Een verlenging tot 22 weken na de bevruchting (24 WA) zou de mogelijkheid tot abortus bieden aan alle vrouwen die momenteel naar het buitenland reizen met het oog op abortus.
  - Dergelijke verlenging sluit niet alleen aan bij een buurland, maar ook bij de meest gunstige abortuswetgeving in Europa wat betreft de toegang tot abortus op basis van zwangerschapsduur.
- Dit scenario kan worden gezien als een afstemming met de Nederlandse wet om pragmatische redenen:
  - De beschikbare gegevens uit Nederland laten reeds een overzicht toe van de huidige verzoeken om abortusprocedures in het tweede trimester en de verdeling daarvan naar zwangerschapsduur. Dit helpt bij het anticiperen op de behoeften en aantallen.
  - De Nederlandse feedback is over het algemeen positief, wat betreft patiëntenzorg, patiëntentevredenheid, efficiëntie van de technieken en lage complicatiecijfers.
- Het argument om abortus in België aan een groter aantal vrouwen aan te bieden, is een eindeloos argument: er is altijd een deel vrouwen die buiten de termijn zullen vallen, op welke duur die ook wordt vastgesteld.
- Hoewel een termijn van 22 weken PC zou overeenstemmen met de Nederlandse wet, verstrekken Nederlandse abortusklinieken slechts abortussen tot 20 weken na de bevruchting (22 WA). Tussen 20 en 22 weken na de bevruchting

kunnen door (bereidwillige) Nederlandse ziekenhuizen bepaalde abortussen nog worden uitgevoerd met behulp van de medicamenteuze methode, maar deze toegang wordt als beperkt en onzeker beschouwd. Een grens van 22 weken na de bevruchting in België zou dan ook niet geheel in overeenstemming zijn met de praktijk in Nederland.

- De drempel van 22 weken (24 WA) sluit aan bij de huidige Belgische notie van levensvatbaarheid: het risico bestaat dat die notie in de loop der tijd verschuift en zo de wet kwetsbaar maakt.
- Een lid van de werkgroep vreest dat deze verandering meer weerstand dan steun zou kunnen opwekken.
- Afstemming met de Nederlandse wet, die liberaler is qua zwangerschapstermijn, zou een contrast vormen met andere buurlanden. Indien de wetgeving in België op dit punt wordt gewijzigd, zou een toevloed van buitenlandse patientes kunnen genereren. Deze toestroom zal waarschijnlijk ook aanwezig zijn (in grotere of mindere mate) wanneer wordt gekozen voor de afwezigheid van een limiet, een limiet op 20 of op 18 weken PC.

#### 6.3.3 Maximale zwangerschapstermijn voor abortus op 20 weken na de bevruchting (22 WA)

De grens van 20 weken is geen gebruikelijke drempel in wetgeving aangaande abortus. Er dient niettemin in herinnering worden gebracht dat, ondanks de wettelijke mogelijkheid tot abortus tot 22 weken na bevruchting (24 WA) in Nederland, een dergelijke abortus in de praktijk echter zelden wordt uitgevoerd. Abortusklinieken voeren enkel abortus uit bij zwangerschappen van minder dan 20 weken en 2 dagen na de bevruchting (22 weken en 2 dagen na de laatste menstruatie), terwijl ziekenhuizen zelden abortussen op verzoek uitvoeren, en nog minder vaak in dergelijke latere stadia van de zwangerschap).

Op basis van de LUNA-gegevens van vrouwen die zich in abortusklinieken aanmelden na de wettelijke termijn van 12 weken na de bevruchting, gecombineerd met het gemiddeld jaarlijkse aantal abortusprocedures dat in Nederland op verzoek van Belgische ingezetenen wordt uitgevoerd, kan worden geschat dat ongeveer 90% van de huidige abortusverzoeken voor de zwangerschapstermijn van 20 weken PC valt. Op basis van het N-aantal van 409 vrouwen zou dit neerkomen op een gemiddelde van 368 vrouwen per jaar. Op basis van de Nederlandse gegevens over abortus in het tweede trimester (ongeacht nationaliteit van de patiënten) zou dit naar schatting 94,5% van de verzoeken betreffen, ofwel 387 vrouwen.

#### Argumenten en tegenargumenten

De argumenten en tegenargumenten voor een maximale zwangerschapstermijn voor abortus van 20 weken na de bevruchting (22 WA) zijn grotendeels vergelijkbaar met die voor een zwangerschapstermijn van 22 weken na de bevruchting (24 WA). Sommige aspecten moeten hier nog worden benadrukt:

<sup>162</sup> In de praktijk voeren abortusklinieken echter geen abortus uit bij zwangerschappen van meer dan 20 weken en 2 dagen na de bevruchting. Patiënten hebben dan de mogelijkheid om een abortus aan te vragen in ziekenhuizen, hoewel het vaak moeilijk is om behandelaars te vinden voor dergelijke latere stadia van abortus.

- Deze optie biedt een aanzienlijke verlenging van de zwangerschapstermijn, terwijl er een temporele afstand behouden blijft tot de levensvatbaarheidsdrempel (in België gewoonlijk vastgesteld op 22 weken na de bevruchting). De notie van een ‘bufferzone’ lijkt met name geruststellend voor geconsulteerde verloskundigen-gynaecologen, omdat het een confrontatie tussen de praktijk van electieve abortus en de neonatale zorg in geval van extreme prematuriteit vermijdt. De vermelding van het begrip levensvatbaarheid vormt echter een risico, omdat de mogelijkheid bestaat dat de drempel verschuift, waardoor de grondslag van het recht wordt gedestabiliseerd.
- Een zwangerschapstermijn van 20 weken na de bevruchting (22 weken na de laatste menstruatie) zou overeenkomen met de in België vastgestelde drempel om een levenloos geboren kind vrijwillig te kunnen aangeven bij de burgerlijke stand. Het is ook de ondergrens die geldt voor de registratie van overlijdensoorzaken voor statistische doeleinden van Statbel volgens de drempel van het Koninklijk Besluit van 17/06/1999.<sup>163</sup>
- Deze optie kan een middenweg lijken in de zorg en ondersteuning van de overgrote meerderheid van de abortusverzoeken (90% - 94.5%) en betreft foetussen met een geringere foetale maturiteit dan bij de optie van 22 weken.
- Afstemming met de Nederlandse wet, die liberaler is qua zwangerschapstermijn, zou echter wel een contrast vormen met andere buurlanden. Indien de wetgeving in België op dit punt wordt gewijzigd, zou dit een toevloed van buitenlandse patiëntes kunnen genereren.

#### 6.3.4 Maximale zwangerschapstermijn voor abortus op 18 weken na de bevruchting (20 WA)

Nieuw-Zeeland hanteert een zwangerschapstermijn van 18 weken na de bevruchting (20 WA) voor abortus op verzoek (en daarna alleen nog toegestaan als aan een aantal voorwaarden is voldaan) (New Zealand and Law Commission, 2018). Het Wetenschappelijk Comité merkt op dat in Europa, Zweden en Noorwegen gekozen voor een termijn van 18 weken zwangerschap voor abortus. 18 weken wordt hier echter uitgedrukt vanaf de laatste menstruatie, wat in feite neerkomt op 16 weken na de bevruchting en dus een andere termijn betreft dan diegene die hier besproken wordt (Stenvoll, 2002; Boland, 2010). In Zweden moet na de zwangerschapstermijn van 18 WA het abortusverzoek worden gericht aan de Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn en gemotiveerd met de vage determinant ‘bijzondere redenen’. In dat geval kan abortus worden toegestaan tot aan de levensvatbaarheid (vastgesteld op 22 WA) (Askola, 2018).

In België zou een verlenging van de zwangerschapstermijn tot 18 weken na de bevruchting (20 WA) op basis van de LUNA-cijfers gemiddeld 82% van alle Belgische vrouwen die momenteel om een abortus vragen na de wettelijke termijn die geldt in België, in staat stellen de procedure binnen het eigen land te kunnen ondergaan.

<sup>163</sup> Meer precies zijn de voorwaarden 20 weken na de bevruchting en een gewicht van 500 gram (Goemaes *et al.*, 2022).

Wanneer men dit percentage toepast op de N populatie van 409 vrouwen, komt dit neer op gemiddeld 335 vrouwen per jaar. Op basis van de Nederlandse abortusgegevens, zou het gaan om 76,27% van de abortussen die voor 18 weken PC plaatsvinden, aldus naar schatting 312 vrouwen van de Belgische N populatie.

De afgelopen jaren werd door het parlement een wetsvoorstel besproken ter herziening van de abortuswetgeving waarin een zwangerschapstermijn van 18 weken na de bevruchting werd voorgesteld. Op dat moment waren verschillende actoren uit het werkveld, zoals abortuscentra, akkoord met deze optie en toonden ze zich tevreden met een aanzienlijke verhoging van de termijn, die werd beschouwd als een aanvaardbaar compromis tussen verschillende opties. Sindsdien is er herhaaldelijk uiting gegeven aan teleurstelling over het uiteindelijke behoud van de 12-weken-termijn. Die ontgoocheling kwam ook tot uiting tijdens de hoorzittingen uitgevoerd door het Wetenschappelijk Comité, waarin de abortuscentra allemaal voorstander bleken van een verlenging van de zwangerschapstermijn tot ten minste 18 weken of meer.

#### Argumenten en tegenargumenten

- Het voorstel van een relatief gematigde verlenging zal minder waarschijnlijk op hevig verzet stuiten. In het Parlement en in het maatschappelijk middenveld was er in 2018 al enige steun voor een zwangerschapstermijn van 18 weken.
- Wat de foetale ontwikkeling betreft, waarborgt deze termijn een ruimere veiligheidsbufferzone ter voorkoming van aansluiting/overlapping met de periode van levensvatbaarheid en de neurologische rijping van het pijnperceptiesysteem.
- Een dergelijke uitbreiding zou een contrast vormen met andere buurlanden. Indien de wetgeving in België op dit punt wordt gewijzigd, zou dit een toevloed van buitenlandse patiëntes met zich mee kunnen brengen.
- Een termijn van 18 weken na de bevruchting maakt niet volledig een einde aan de reizen die Belgische vrouwen ondernemen met het oog op abortus. Een aantal (naar schatting 74 tot 97 op jaarbasis) Belgische vrouwen die zich na 18 weken na de bevruchting aanmelden, zullen nog steeds naar Nederland moeten reizen indien zij een abortus wensen.

#### 6.3.5 Conclusie wat betreft de bepaling van een maximale zwangerschapstermijn voor abortus

Er bestaat een consensus binnen werkgroep 3 en het Wetenschappelijk Comité dat de zwangerschapstermijn voor een electieve abortus moet worden verlengd, en wel tot minimaal 18 weken na de bevruchting. De werkgroep benadrukt haar krachtige standpunt ten gunste van een verlenging, vooral gesteund door argumenten van sociale billijkheid.

De meerderheid van werkgroep 3 is voorstander van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor abortus tot 22 weken na de bevruchting (24 weken

na de laatste menstruatie). Eén lid is voorstander van de optie van 18 weken na de bevruchting (20 weken na de laatste menstruatie). Er wordt verklaard dat de drempel van 20 weken na bevruchting (22 weken na de laatste menstruatie) kan worden overwogen als middenweg.

Binnen het Wetenschappelijk Comité was een deel van de leden voorstander van een verlenging tot maximaal 18 weken na de bevruchting (20 weken na de laatste menstruatie), terwijl een ander deel voorstander was van een verlenging tot maximaal 20 weken na de bevruchting (22 weken na de laatste menstruatie).

De steun voor een verlenging van de zwangerschapstermijn tot ten minste 18 weken na de bevruchting berust op verschillende afwegingen tussen de wens van een aanzienlijk grotere opname van Belgische vrouwen binnen de grenzen, overwegingen over de levensvatbaarheid en zintuiglijke activiteit van de foetus, en de technische aspecten die nodig zijn voor latere abortusprocedures. Vanuit medisch en technisch oogpunt is het immers zo dat elke additionele week meer foetale ontwikkeling tijdens een meer gevorderde zwangerschapsduur tot een aanzienlijke stijging van gewicht en omvang leidt, wat dus gevolgen heeft voor het eigenlijke abortusproces.

Het Wetenschappelijk Comité is zich er niettemin van bewust dat de keuze voor een bepaalde drempel altijd het resultaat is van de zoektocht naar een delicaat evenwicht tussen verschillende belangen en waarden, en dat elke voorgestelde drempel het voorwerp kan vormen van kritiek en als arbitrair kan worden bestempeld.

## 6.4 Infrastructuur en praktische organisatie

### 6.4.1 Type faciliteit

Het Wetenschappelijk Comité is geen voorstander van de van abortusverstrekking in het tweede trimester binnen de bestaande afdelingen verloskunde/gynaecologie in ziekenhuizen. Hoewel het een gemakkelijke manier lijkt voor een snelle implementatie van deze diensten, gaan er verschillende grote organisatorische hindernissen mee gepaard. Afdelingen met een actuele ervaring met abortus in het tweede trimester houden zich vandaag immers bezig met zwangerschapsafbrekingen om medische redenen. Zij zijn wellicht niet allemaal bereid de zorg uit te breiden tot electieve abortus, die meer op gewetensbezwaren kan stuiten. Bovendien lijken de respectieve benaderingen van electieve abortussen en pre- of postnatale verloskundige zorg te verschillend om door dezelfde medische teams en in dezelfde operatiezaal/verloskamer te worden behandeld.

Een adequate oplossing zou de oprichting zijn van nieuwe afdelingen in ziekenhuizen, specifiek gewijd aan electieve abortus in het tweede trimester. Dit zou het mogelijk maken kwalitatieve omstandigheden voor abortuszorg in het tweede trimester te bieden. Bij complicaties zou ook een vlotte toegang tot dringende gespecialiseerde zorg in het ziekenhuis verzekerd zijn. Ondanks deze kwalitatieve troeven zou de implementatie van nieuwe afdelingen binnen de bestaande infrastructuur trager en duurder zijn. Het zou ook kunnen betekenen dat een beroep moet worden gedaan op leden van het algemene ziekenhuispersoneel die geen feeling hebben met abortuszorg of met de gerelateerde psychosociale context.

In elk geval zouden beide opties een operatiezaal voor abortus vereisen, aangezien bevallingskamers niet geschikt lijken voor de uitvoering van electieve abortussen.

De unanieme positie van het Wetenschappelijk Comité en de bevoegde werkgroep is dat de meest wenselijke optie erin bestaat faciliteiten te implementeren in de nabijheid van ziekenhuizen. Dergelijke faciliteiten zouden rechtstreeks verbonden zijn met een ziekenhuis, maar autonoom blijven wat betreft ruimtelijke bezetting en medische uitrusting. Deze configuratie biedt als grote troef de mogelijkheid om nieuwe multidisciplinaire teams in te richten voor hoogwaardige begeleiding en abortuszorg gespecialiseerd in het tweede trimester. Specifieke centra kunnen ook een warmer onthaal aan patiënten bieden, op vlak van vertrouwelijkheid en sensibilisering van het personeel. Deze aanpak is doeltreffend gebleken in het voorbeeld van de Zorgcentra na seksueel geweld (ZSG). Hoewel het ZSG-model niet vergelijkbaar is in termen van medische eisen, zouden hun procedures op het vlak van vertrouwelijkheid, holistische benadering en interdisciplinariteit kunnen bijdragen tot de uitwerking van de organisatie van tweede trimester abortuscentra die verbonden zijn met ziekenhuizen. Een rechtstreekse verbinding met het aangrenzende ziekenhuis zou een vlotte toegang tot dringende gespecialiseerde zorg bij complicaties

waarborgen. De kosten en de implementatietermijn zijn echter wellicht iets aanzienlijker dan voor andere opties waarbij bestaande eenheden worden gebruikt.

De implementatie van tweede trimester abortusfaciliteiten in bestaande ambulante abortuscentra is een optie die niet wordt gesteund om voor de hand liggende redenen van veiligheid en medische vereisten die tevens hogere kosten met zich zouden meebrengen.

#### 6.4.2 Aantal patiëntes

Op basis van de beschikbare gegevens van jaarlijkse Nederlandse verslagen over de laatste vijf geregistreerde jaren schat het Wetenschappelijk Comité dat gemiddeld 409 Belgische vrouwen per jaar in aanmerking zouden kunnen komen voor abortus in het tweede trimester binnen België (zie Figuur 9, hoofdstuk 6.1.1). Het Wetenschappelijk Comité sluit niet uit dat dit aantal nog kan verhogen bij een legalisering van tweedetrimesterabortus in België, nu het verbod in eigen land en het reizen naar het buitenland (inclusief de kosten die daarmee gepaard gaan) een aantal vrouwen ervan kunnen weerhouden zich aan te bieden voor informatie in een Belgisch centrum en/of te reizen naar het buitenland voor een abortus. Dit is louter een hypothese, aangezien er geen gegevens bestaan over deze “onzichtbare” groep.

In het scenario van een verlenging van de zwangerschapstermijn voor abortus in België, is het bovendien waarschijnlijk dat ons land een fractie van de patiënten uit buurlanden met een strengere zwangerschapstermijn, die momenteel kiezen voor een abortus in Nederland (en in mindere mate in het Verenigd Koninkrijk), zou opnemen.

Gegevens van het Nederlandse ministerie van Volksgezondheid laten toe het aantal buitenlandse patiëntes die een abortus hebben ondergaan in het Nederlandse gezondheidsstelsel vast te stellen.<sup>164</sup> De onderstaande tabel bevat de cijfers voor de vijf laatst geregistreerde jaren en voor de landen die aan België grenzen.

Figuur 17 Aantal abortusprocedures in Nederland (per land van herkomst, per jaar)

Abortusprocedures voor buitenlandse patiëntes in Nederland					
Jaar	2017	2018	2019	2020	2021
België/Luxemburg	472	444	428	330	371
Duitsland	1.219	1.237	1.247	1.125	1.011
Frankrijk	967	810	744	590	501

<sup>164</sup> <https://www.igj.nl/over-ons/publicaties/rapporten/2021/12/09/definitie-en-cijfers-bij-jaarrapportage-2020-wafz>.

Het is zeer waarschijnlijk dat een belangrijk deel van de Franse<sup>165</sup> patiëntes die momenteel in Nederland om een abortusprocedure verzoeken, zich op grond van factoren van geografische en taalkundige nabijheid liever bij beroepsbeoefenaars in België zou aanmelden. In het geval van Duitsland<sup>166</sup> is het moeilijker vast te stellen of de voornaamste voorkeur van patiëntes naar Nederland (of andere landen) zal blijven uitgaan of dat een aanzienlijk aantal Duitse patiëntes naar België zal komen. Hoewel een nauwkeurige inschatting van het te verwachten buitenlandse patiënten onmogelijk is en bovendien kan evolueren in de tijd, dient met oog op de praktische organisatie rekening te worden gehouden met een reële additionele instroom van patiënten.

#### 6.4.3 Spreiding

In dit deel worden overwegingen ontwikkeld betreffende het aantal faciliteiten en de spreiding ervan over de Belgische gewesten. De meest relevante optie lijkt te bestaan in de implementatie van een klein aantal voorzieningen verspreid over het grondgebied. Met het oog op de bereikbaarheid moet worden gezorgd voor een evenwichtige territoriale en taalkundige dekking. Faciliteiten moeten voldoende patiëntes kunnen behandelen om hun expertise op peil te houden, wat in andere landen reeds zijn nut heeft bewezen. Een eerste aantal van drie faciliteiten voldoet naar verwachting aan deze criteria en maakt een voldoende concentratie van competenties en kosten mogelijk. Er moet ook worden gedacht aan een regelmatige evaluatie van de spreiding van en de middelen voor deze faciliteiten.

De werkgroep en de het Wetenschappelijk Comité zijn unaniem voorstander van de oprichting van drie centra, volgens een regionale spreiding, als uitgangspunt voor het aanbieden van abortus tijdens het tweede trimester. Dit kleine aantal centra, die regionale, geografische en taalkundige dekking bieden, wordt beschouwd als een troef voor het concentreren van vaardigheden en kennis.

#### 6.4.4 Aan te bieden medische diensten

Een groot aantal wetenschappelijke publicaties over abortusmethoden in het tweede trimester, alsook getuigenissen van ervaren beroepsbeoefenaars, onderstreept de respectieve troeven van chirurgische en medicamenteuze methoden voor tweedetrimesterabortus (zie punt 1 **Abortustechnieken voor een verdere bespreking van de beschikbare abortustechnieken**). De internationale richtlijnen en de wetenschappelijke literatuur benadrukken de veiligheid van beide methoden en het belang van het bieden van een keuzemogelijkheid aan vrouwen die een abortusprocedure ondergaan.

<sup>165</sup> In Frankrijk is abortus momenteel mogelijk tot 14 weken zwangerschap na de bevruchting (16 weken na de laatste menstruatie).

<sup>166</sup> In Duitsland is de limiet voor de zwangerschapsduur momenteel vastgesteld op 12 weken na de conceptie (14 weken na de laatste menstruatie).

Bijgevolg steunden alle leden van werkgroep 3, op één na, de noodzaak dat faciliteiten die abortus in het tweede trimester verstrekken, de mogelijkheid van zowel chirurgische als medicamenteuze abortus te bieden. Eén lid uitte sterke bezwaren tegen het gebruik van chirurgische abortus na 14 weken zwangerschap (16 WA). Het lid wijst op de huidige maatschappelijke bekommernissen rond het bestrijden van medisch geweld en gynaecologisch geweld in het bijzonder, wat, althans volgens het lid, onverenigbaar is met een chirurgische techniek die erin bestaat een foetus van meer dan 200-400 gram in stukken te snijden. Volgens het lid is dit in het bijzonder het geval omdat er een andere, mildere techniek bestaat om aan deze late verzoeken om abortus tegemoet te komen. Het lid van de werkgroep betwijfelt ook of artsen in België geneigd zullen zijn de chirurgische methode te gebruiken, en gaat ervan uit dat zij de voorkeur geven aan de medicamenteuze abortusmethode. Deze individuele positie dringt erop aan dat alleen medicamenteuze abortus mag worden uitgevoerd, zowel ter voorkoming van complicaties als om ethische en symbolische redenen en met het oog op maatschappelijke aanvaarding.

Het Wetenschappelijk Comité concludeerde dat de keuze van de methode in geen geval door wettelijke bepalingen mag worden geregeld, maar veeleer moet worden overgelaten aan de beoordeling van de beroepsbeoefenaars die bereid zijn deze diensten te verlenen en overeenkomstig de stand van de geneeskunde en volgens de wens van de naar behoren geïnformeerde patiënte.

Naast het beheer van abortusprocedures en van psychosociale consultaties moeten abortusfaciliteiten voor abortus in het tweede trimester medische diensten kunnen aanbieden die aan de vereisten van deze procedures voldoen: de mogelijkheid van overnachting (die nodig kan zijn voor de voorbereiding van de baarmoederhals in het geval van een medicamenteuze abortus), de mogelijkheid van verschillende opties voor pijnbestrijding (algemene anesthesie, plaatselijke anesthesie, sedatie), behandeling van complicaties en noodgevallen. De beschikbare diensten zullen ook afhangen van de relatie en de mogelijkheid tot samenwerking met ziekenhuizen.

Bovenop de artsen die belast zijn met de abortusprocedure, zou een reeks medische en paramedische beroepen nodig zijn in de faciliteiten die abortus in het tweede trimester uitvoeren. De selectie van deze beroepsprofielen houdt verband met het soort medische ondersteuning en dienstverlening dat in deze specifieke faciliteiten moet worden aangeboden, gelet op mogelijke wettelijke vereisten alsook op sedatie- en anesthesiemogelijkheden. De lijst zou kunnen bestaan uit gynaecologen, huisartsen, anesthesisten, verpleegkundigen, verloskundigen, psychologen, maatschappelijk werkers en een ondersteunend team (administratie enz.).

De groep wil benadrukken dat financiële belemmeringen voor de toegang tot abortus in het tweede trimester, die op dezelfde wijze betaalbaar moet blijven als abortus in het eerste trimester, moeten worden beperkt. Aangezien gelijke en billijke toegang tot abortuszorg centraal staat in de aanbeveling van het Wetenschappelijk Comité om de zwangerschapstermijn te verlengen, moet er ook voor worden gezorgd dat abortus in het tweede trimester financieel toegankelijk wordt gemaakt, zonder eventuele discriminatie tussen patiënten.

## 7. Andere in overweging te nemen kwesties

### 7.1 Preventie

#### 7.1.1 Anticonceptie

Het Wetenschappelijk Comité benadrukt het belang van preventiemaatregelen, anticonceptie in het bijzonder, om ongewenste zwangerschappen en abortussen te voorkomen. De leden van WG1 bevelen aan een discussie over anticonceptie te behouden, zoals die zich momenteel reeds afspeelt. De prevalentie van anticonceptiegebruik bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15 tot 49 jaar) in België wordt geschat op 59%<sup>167</sup>, wat rond het gemiddelde binnen West-Europa ligt. Wat de algemene toegang tot anticonceptie en reproductieve rechten betreft, scoort België duidelijk beter en is bij de beste leerlingen van de Europese klas<sup>168</sup>, volgens het European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. Deze situatie wordt grotendeels toegeschreven aan de terugbetaling van anticonceptie tot de leeftijd van 25 jaar en de inspanningen op het gebied van seksuele voorlichting, preventie en toegang tot abortus en anticonceptie, met name door het brede netwerk van centra voor gezinsplanning, abortuscentra en preventieorganisaties.

LARC zoals een hormonaal spiraaltje of een implantaat hebben een bijzonder lage kostprijs per menstratiecyclus gezien de gebruiksduur, en bieden het grote voordeel van een doeltreffende anticonceptie die niet afhankelijk is van de gebruiker (geen vergeten inname, geen interferentie met spijsverteringsproblemen, geen impulsief stoppen, geen fout gebruik door gebrek aan kennis van de juiste gebruiksregels). Ondanks deze troeven kunnen de instapkosten (ongeveer 150 euro) een belemmering vormen voor veel patiëntes ouder dan 25 jaar en voor degenen die niet kunnen profiteren van de speciale regeling voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming (RVT-statuuut). Wij verwachten dat dit probleem prominent aanwezig zal blijven gezien het stijgende aantal mensen in armoede in België.

In de medische literatuur wordt duidelijk geadviseerd onmiddellijk na een zwangerschapsafbreking een spiraaltje in te brengen, indien op verzoek van de patiënte, omdat bewezen is dat het toekomstige ongewenste zwangerschappen voorkomt. De werkgroep 1 en het Wetenschappelijk Comité betreuren het dat de kosten van een hormonaal spiraaltje sommige patiëntes deze mogelijkheid ontnemen. Het veralgemeend **aanbieden van het inbrengen van een spiraaltje direct na een zwanger-**

**schapsafbreking** in plaats van een tweede afspraak met enkel dit doel, zou tijd en kosten besparen (zowel voor de patiënte als voor de zorgprofessionals), maar ook het gebruik van anticonceptiemiddelen in de onmiddellijke nasleep van de zwangerschapsafbreking verzekeren.

Een algemene strategie die het aanbieden van de plaatsing van een spiraaltje na een abortusprocedure en de uitbreiding van de terugbetaling van elk anticonceptiemiddel ook voor vrouwen ouder dan 25 jaar combineert, zal waarschijnlijk de Belgische inspanningen op vlak van anticonceptie verbeteren en het aantal abortusprocedures verminderen.

Samen met het Wetenschappelijk Comité pleiten leden van de werkgroep voor een uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptie na de leeftijd van 25 jaar. Ze bevelen aan deze strategie te combineren met een verbeterde toegang tot LARC.<sup>169</sup> Dit zou in overeenstemming zijn met de aanbevelingen van het European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights en zou ook de resolutie van 8 juli 2022 (doc. nr. 7-81/7) van de senaat ondersteunen. Deze is gericht op de verstrekking van noodanticonceptie door organisaties die verantwoordelijk zijn voor de opvang, voorlichting en ondersteuning van personen in het kader van het affectieve en seksuele leven.

#### 7.1.1.1 Abortuscijfer

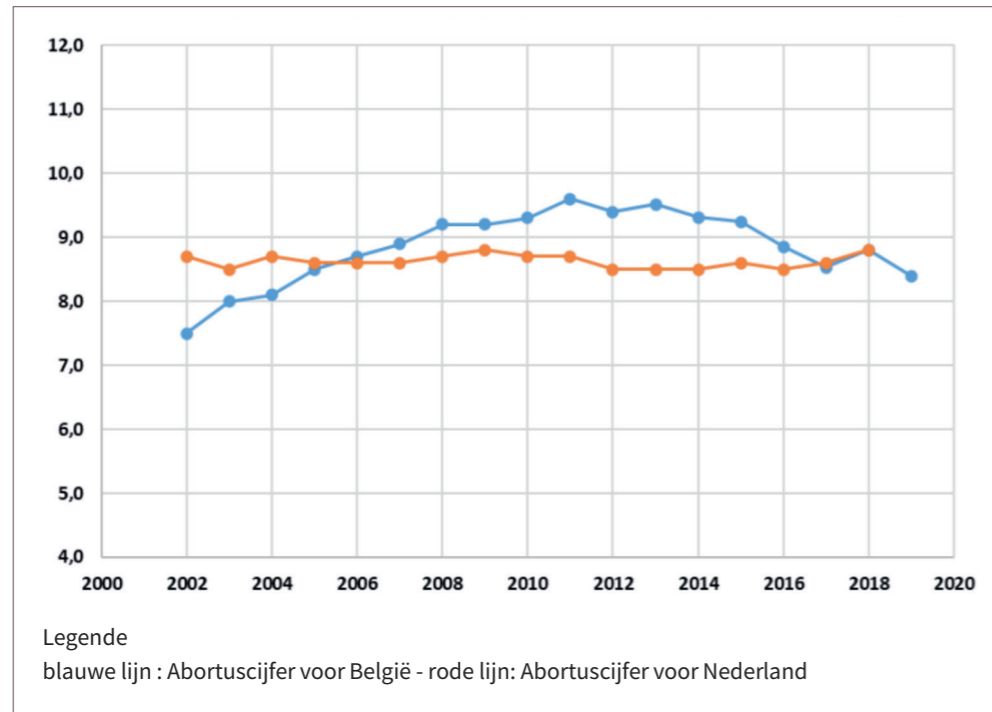
Het Belgische abortuscijfer scoort eveneens relatief goed binnen West-Europa, met een nationaal abortuscijfer van 8,8 op 1000 vrouwen van 15 tot 44 jaar voor het jaar 2019 (Nationale Evaluatiecommissie, 2021), terwijl het West-Europese cijfer op 18 op 1000 wordt geschat (Sedgh *et al.*, 2016). Een vergelijking van het Belgische abortuscijfer met dat van Nederland laat een constante gelijkheid tussen de respectieve percentages zien:

<sup>167</sup> Bron: European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights <https://www.epfweb.org/node/704>.

<sup>168</sup> *Ibidem*.

<sup>169</sup> “Long acting reversible contraception”: langwerkende omkeerbare anticonceptiva, zoals spiraaltjes.

Figuur 18 Aantal abortusprocedures in België en in Nederland (2002-2019): grafiek



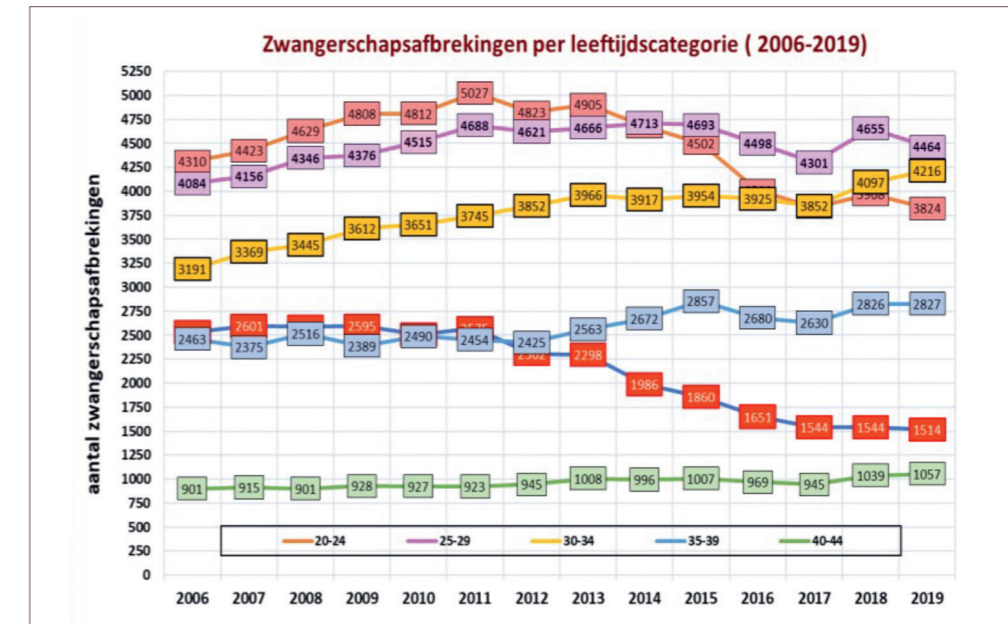
Bron: (Nationale Evaluatiecommissie, 2021)

### 7.1.1.2 Leeftijd van vrouwen die een abortus ondergaan

Gegevens die door de Nationale Evaluatiecommissie zijn verzameld over de respectieve leeftijden van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan, wijzen op een daling van het aantal jonge vrouwen dat om een abortus verzoekt, sinds de invoering van de terugbetaling van anticonceptie (2004) voor vrouwen in de leeftijdsgroep tot 21 jaar. Hoewel er te weinig wetenschappelijk bewijs is om een oorzakelijk verband vast te stellen tussen de terugbetaling van anticonceptiemiddelen en een daling van het aantal abortussen, is dit effect aannemelijk. De effecten van de uitbreiding van de terugbetaling van anticonceptiemiddelen tot 25 jaar kunnen nog niet worden beoordeeld omdat de maatregel pas in 2021 in werking is getreden.

Figuur 19 Aantal abortussen in België per leeftijdscategorie (2006-2019): tabel

IVG par catégorie d'âge ( 2006-2019)														
catégorie d'âge	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19	2531	2601	2588	2595	2506	2575	2302	2298	1986	1860	1651	1544	1544	1514
20-24	4310	4423	4629	4808	4812	5027	4823	4905	4675	4502	4011	3836	3968	3824
25-29	4084	4156	4346	4376	4515	4688	4621	4666	4713	4693	4498	4301	4655	4464
30-34	3191	3369	3445	3612	3651	3745	3852	3966	3917	3954	3925	3852	4097	4216
35-39	2463	2375	2516	2389	2490	2454	2425	2563	2672	2798	1986	1860	1651	1544
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1008	996	1007	969	945	1039	1057
	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108	18129	17902

Figuur 20 Aantal abortussen in België per leeftijdscategorie (2006-2019): grafiek<sup>170</sup>

Bron: (Nationale Evaluatiecommissie, 2021)

Dezelfde bron geeft aan dat de gemiddelde leeftijd van vrouwen die een abortus ondergaan, stabiel blijft, namelijk 28 jaar. De meeste vrouwen bevinden zich in de leeftijdsgroep van 25-35 jaar. Voor de laatste twee geregistreerde jaren (2018 en 2019) vertegenwoordigt deze leeftijdsgroep meer dan 69% van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan, terwijl de leeftijdsgroep van 15-19 jaar goed is voor minder dan 9% van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan. (Nationale Evaluatiecommissie, 2021).

### 7.1.1.3 Zwangerschapsduur op het moment van de abortus

De meeste professionele actoren merken op dat vrouwen die om een abortus vragen, zich door de tijd heen in een aanzienlijk vroeger stadium van de zwangerschap melden. Deze trend kan worden verklaard door de toegenomen doeltreffendheid van zwangerschapstests, waarmee een zwangerschap enkele dagen na de seksuele betrekkingen die tot de zwangerschap hebben geleid, kan worden vastgesteld. Preventiebeleid en de hoge toegankelijkheid van abortuscentra spelen waarschijnlijk ook een rol bij een vroeger verzoek om professionele ondersteuning bij ongewenste zwangerschappen.

<sup>170</sup> Eén element ontbreekt in de legende van de grafiek: de rood-blauwe lijn geeft vrouwen van 15 tot 19 jaar weer.



Cijfergegevens verzameld door het LUNA-netwerk geven een overzicht van de zwangerschapsduur waarop vrouwen een abortus hebben ondergaan in het Vlaamse netwerk van abortuscentra. Op basis van de ervaringen op het terrein zijn wij van mening dat de conclusie van deze gegevens kan worden geëxtrapoleerd naar Franstalige abortuscentra.

Figuur 21 Duur van de zwangerschap (in weken na de bevruchting) op het moment van de abortusprocedure (LUNA + VUB Dilemma)

Duur van de zwangerschap op het moment van de abortusprocedure (LUNA-netwerk en VUB Dilemma) (in weken na de bevruchting)			
Jaar 2010			
Week van de zwangerschap	Abortusprocedures	Percentage van het totaal	
2	4	0,07%	<b>42,69%</b>
3	165	2,70%	
4	865	14,15%	
5	1575	25,77%	
6	1387	22,70%	<b>49,30%</b>
7	833	13,63%	
8	481	7,87%	
9	312	5,11%	
10	223	3,65%	<b>8,00%</b>
11	153	2,50%	
12	113	1,85%	
<b>TOTAAL</b>	<b>6111</b>	<b>100%</b>	

Jaar 2019			
Week van de zwangerschap	Abortusprocedures	Percentage van het totaal	
2	28	0,39%	<b>49,40%</b>
3	411	5,78%	
4	1423	20,00%	
5	1653	23,23%	
6	1523	21,41%	<b>44,15%</b>
7	825	11,60%	
8	513	7,21%	
9	280	3,94%	
10	185	2,60%	<b>6,45%</b>
11	149	2,09%	
12	125	1,76%	
<b>TOTAAL</b>	<b>7115</b>	<b>100%</b>	

Jaar 2021			
Week van de zwangerschap	Abortusprocedures	Percentage van het totaal	
2	39	0,59%	<b>53,61%</b>
3	451	6,78%	
4	1394	20,96%	
5	1681	25,28%	
6	1306	19,64%	<b>40,69%</b>
7	795	11,95%	
8	396	5,95%	
9	209	3,14%	
10	184	2,77%	<b>5,70%</b>
11	142	2,14%	
12	53	0,80%	
<b>TOTAAL</b>	<b>6650</b>	<b>100%</b>	

De evolutie naar vroegere zwangerschapsafbrekingen wat betreft zwangerschapsduur wordt tastbaar aan de hand van deze tabellen. In de vergelijking tussen 2010 en 2019 vindt er met name een verschuiving plaats die wijst op 2,3% minder abortussen in de weken 10 tot 12 van de zwangerschap (na de bevruchting) en bijna 11% meer abortussen in de weken 2 tot 5 van de zwangerschap (na de bevruchting). Doordat deze tabellen focussen op zwangerschapsduur op het moment van de uitvoering van de abortus, werpen ze geen licht op een ander aspect, namelijk dat de duur van de zwangerschap op het moment van de eerste afspraak zich steeds vroeger situeert, zoals de professionals uit de sector die wij hebben ontmoet unaniem getuigen. Om deze cijfers te nuanceren, moet niet alleen rekening worden gehouden met de wachttijd van zes dagen, maar ook met het feit dat abortussen in eerdere stadia van de zwangerschap tot voor kort niet mogelijk werden geacht en er aan vrouwen regelmatig werd gevraagd om twee weken te wachten voor de abortus. Om aan deze toenemende behoefte tegemoet te komen, hebben de abortuscentra de laatste jaren protocollen ontwikkeld voor de uitvoering van zwangerschapsafbrekingen in zeer vroege stadia (VEMA: very early medical abortions).

#### 7.1.2 Beheer en verspreiding van informatie

De wet van 2018 die abortus regelt, schrapt alle sancties met betrekking tot ‘reclame’ voor abortus. Beroepsbeoefenaren op dit gebied en leden van de werkgroep wijzen er echter op dat het ontbreken van gecentraliseerde, volledige informatie nog steeds een belemmering vormt. Uit de interventie van Ariane Van den Berghe (*Parl.St. Kamer 2018, doc. n° 54 3216/003*) en uit andere getuigenissen (Lausberg *et al.*, 2022) blijkt dat personen met een kwetsbare sociaaleconomische achtergrond weliswaar vaker moeite hebben om adequate informatie te vinden over seksuele en reproductieve gezondheid, anticonceptie en abortuszorg, maar dat dergelijke moeilijkheden ook voorkomen bij meer bevoorrechte vrouwen. Uit deze waarneming blijkt een algemeen gebrek aan kennis over seksuele voorlichting, en meer in het bijzonder over de wijze waarop men in verantwoorde omstandigheden anticonceptiva en abortuszorg kan verkrijgen. Onvolledige en versnipperde informatie zoals die nu bestaat – maar ook het achterhouden van informatie door sommige behandelaars – leiden tot latere abortusaanvragen en verder gevorderde zwangerschappen op het moment van de uitvoering van de abortus (Nationale Evaluatiecommissie, 2021; Lausberg *et al.*, 2022).

Op basis van deze overweging adviseert de werkgroep samen met het Wetenschappelijk Comité om informatie over abortus als volgt te organiseren:

- **Online**

Momenteel is er online nuttige informatie te vinden, onder meer op het federale portaal Belgium.be, maar de opbouw van de website kan misleidend zijn. Informatie

over abortus en anticonceptie is te vinden in de rubriek “gezin” en vervolgens “kinderen”, terwijl zaken betreffende de reproductieve gezondheid niet gekoppeld zouden moeten worden aan “gezin”, maar onder de bestaande rubriek “gezondheid” zouden moeten worden ondergebracht.

- De groep beveelt aan een moderne en up-to-date website op het niveau van de federale overheid te creëren, waarop alle objectieve en concrete informatie over abortus en de beschikbare structuren die abortus uitvoeren (met name ambulante centra voor gezinsplanning en abortuscentra, die abortus uitvoeren met een RIZIV-conventie), wordt gecentraliseerd.
- Er moet worden gewerkt aan optimalisatie van het terugvinden van de website in zoekmachines, zodat ze bovenaan de zoekresultaten verschijnt.
- Officiële websites van het ministerie van Volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen, abortuscentra en zorgverzekeraars zouden naar deze hoofdwebsite moeten verwijzen. Het doel is neutrale, volledige en informatieve gegevens te garanderen om de vrouwen te oriënteren naar erkende abortusverstrekkers en te voorkomen dat vrouwen die informatie zoeken over abortuszorg op het verkeerde been worden gezet en tijd verliezen.
- **In abortuscentra:** (zie punt 5.2.3)
  - Een goede praktijk zou erin bestaan een hele reeks gedetailleerde inlichtingen bij de hand te hebben (financiële steun, adoptie, huiselijk geweld ...) en alleen de informatie te verstrekken die de patiënte nodig heeft.
- **In ziekenhuizen:** Een actueel knelpunt is dat niet bekend is welke gynaecologen al dan niet abortussen uitvoeren. Leden van de werkgroep constateren regelmatig dat sommige patiëntes meerdere weken wachten op een afspraak bij hun gebruikelijke gynaecoloog voor een abortus, om er vervolgens achter te komen dat die arts geen abortus uitvoert. Dit leidt tot tijdverlies en abortus in een onnodig laat stadium van de zwangerschap.
  - Dit zou kunnen worden vermeden indien de websites van ziekenhuizen verplicht zouden zijn te verwijzen naar de bovengenoemde overheidswebsite waarop informatie over abortus en abortusverstrekkers wordt gecentraliseerd.
- **Verspreid informatie** over abortus en anticonceptie, met bijzondere aandacht voor de meest kwetsbare groepen. Om dit te bewerkstelligen, lijkt het noodzakelijk **voorlichtingscampagnes over anticonceptie en abortus op nationaal niveau te organiseren**, waarbij de juridische regeling en het soort structuren dat abortus aanbiedt wordt vermeld, inclusief de mogelijkheden om abortus uit te voeren en te bekomen.

## 7.2 Financiering van abortus

### 7.2.1 Vormen van financiering

Vanuit een ruimer perspectief kunnen we vaststellen dat er in de Europese landen verschillende scenario's zijn voor de financiering van abortus zorg (Grossman *et al.*, 2016). Het eerste scenario is er een van volledige financiering: in deze optie worden abortusprocedures en de bijbehorende zorg integraal door de overheid gefinancierd. Dit kan gebeuren via twee systemen. In het eerste systeem is de abortus zorg gratis, op voorwaarde dat ze wordt verleend in overheidsvoorzieningen (of door de overheid goedgekeurde voorzieningen). Het nationale gezondheidssysteem financiert dan rechtstreeks de voorzieningen en hun werknemers. Dit systeem wordt momenteel toegepast in Engeland of in Portugal (Patricia Lohr Hoorzitting; Oliveira da Silva, 2009). Merk op dat een dergelijk systeem van overheidsfinanciering kan bestaan naast private instellingen, die zoveel kunnen aanrekenen aan de patiënte als ze willen. Een tweede systeem bestaat erin de kosten van abortus zorg te dekken via nationale ziekteverzekeringsprogramma's. Afhankelijk van het land zijn er twee belangrijke opties. Een eerste betreft universele gezondheidszorgsystemen (Frankrijk of IJsland), waarbij de dekking van de gezondheidszorg integraal wordt gefinancierd door belastingen. In de tweede optie, het wordt gefinancierd door een verplichte nationale ziekteverzekering, meestal met lage premies en participatieve stelsels, zoals in het geval van België of Nederland. De patiënte krijgt de abortuskosten (bijna) integraal vergoed via de verzekeraar. Daarnaast is er vaak een openbare dekking voor personen met een laag inkomen – zoals het hierboven beschreven DMH-statuut of het statuut van de verhoogde tegemoetkoming.

Het tweede scenario is gedeeltelijke financiering: deze optie vertaalt zich hetzij in gedeeltelijke financiering van publieke instellingen die abortus zorg verlenen om de uiteindelijke kosten voor de patiënte te verlagen, hetzij in gedeeltelijke financiering via de ziektekostenverzekering. (Ook dit sluit het bestaan van private instellingen met hogere kosten voor de patiënte niet uit.) Dit laatste is het geval in landen waar de verplichte nationale ziekteverzekering slechts een deel van de kosten van een abortusprocedure dekt (Finland, Montenegro, Zweden ...). Sommige landen hebben gekozen voor een verplichte particuliere ziektekostenverzekering, met dure premies, waardoor ze dicht bij een geprivatiseerd systeem komen (Zwitserland is hiervan het belangrijkste voorbeeld). Er is echter een kleine overheidstegemoetkoming, die hoger wordt voor personen met een laag inkomen.

Selectieve financiering is een derde belangrijke vorm van financiering. Bij selectieve financiering wordt abortus alleen in specifieke omstandigheden gedekt: medische abortus (Tsjechië, Letland, Macedonië), of bepaalde sociaal-demografische profielen van patiëntes (Albanië, Oostenrijk, Bulgarije, Duitsland), of criminele omstandigheden die leiden tot zwangerschap zoals verkrachting (Duitsland). Selectieve financiering kan ook worden gecombineerd met gedeeltelijke financiering voor de resterende abortusgevallen. Tot slot wijst het scenario van afwezigheid van financiering

meestal op een sterk moreel standpunt tegen abortus. In de enige twee Europese landen waar abortus niet wordt gefinancierd (Bosnië en Herzegovina, en Servië), wordt anderzijds vastgesteld dat de kraamzorg en -diensten volledig worden gedekt, wat lijkt te wijzen op een natalistische strategie.

In de wetenschappelijke literatuur wordt opgemerkt dat het integraal financieren van abortus, net als het legaliseren ervan, een beslissing is die toewerkt naar een abortusbeheer als instrument voor de volksgezondheid. Dit aangezien het veilig, beschikbaar en betaalbaar maken van abortus van algemeen belang wordt geacht voor het algemeen welzijn (Hoedemaekers en Oortwijn, 2003; Kaposy, 2009).

### 7.2.2 Financiering van abortus in België

#### 7.2.2.1 Ambulante abortuscentra

**Centra voor gezinsplanning en abortuscentra die een RIZIV-conventie hebben:**

Voor de eerste afspraak met de psychosociale hulpverlener(s) en met de arts is de tegemoetkoming van de zorgverzekeraar vastgesteld op €213 (in 2022). Voor het uitvoeren van de abortus en voor de vervolgspraak is de tegemoetkoming vastgesteld op €316,20 (in 2022). Die kosten omvatten de technische handelingen, maar ook medische benodigdheden, huurkosten voor vastgoed, lonen, enz. De patiënte betaalt op haar beurt minder dan €5, op voorwaarde dat zij een Belgische ziektekostenverzekering heeft. Als de patiënte geen ziektekostenverzekering heeft, zal zij de abortus zelf moeten betalen; het bedrag dat zij moet betalen, hangt af van de structuur en van haar persoonlijke situatie.

#### Ambulante centra zonder een RIZIV-conventie

Ambulante abortuscentra die abortusprocedures uitvoeren zonder een RIZIV-conventie krijgen een financiële tegemoetkoming voor de volgende kosten: een medische consultatie, de zuigcurettage en een echografie (indien de arts gynaecoloog is). Het overige moet door de patiënte worden betaald.

#### 7.2.2.2 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen worden niet specifiek gefinancierd voor het psychosociale deel van de abortus zorg. Ziekenhuizen organiseren deze zorg meestal met het algemene psychosociale team dat in het ziekenhuis werkt. Voor een chirurgische abortus worden een curettage, een echografie en een ziekenhuisopname van één dag vergoed, evenals de anesthesist in geval van algemene verdoving. Voor een medicamenteuze abortus worden enkel een medische consultatie en een echografie terugbetaald. Zowel voor de maatschappij als voor de patiënte is abortus in een ziekenhuis dus duurder. Het is moeilijk om een gemiddelde kostprijs voor abortus zorg in het ziekenhuis te geven, omdat de facturering door verschillende factoren wordt beïnvloed: of de arts al dan niet geconventioneerd is, welke medische handeling op de factuur wordt vermeld, enz.

### 7.2.2.3 Financiële toegang tot abortus

Twee opties werden weerhouden door werkgroep 1 (die deze vragen behandelde) en het Wetenschappelijk Comité om de financiële toegang tot abortus te faciliteren:

Ofwel **abortus gratis maken voor de vrouw**, door de financieringsprocedure tussen de overheid en de centra te regelen, zonder tussenkomst van de vrouw of haar onderlinge verzekeringsmaatschappij (wat de vertrouwelijkheidskwestie zou vergemakkelijken - zie hieronder) op een manier die vergelijkbaar is met die die van kracht in Portugal;

Ofwel **het huidige financieringssysteem behouden, maar de toegang tot de Dringende Medische Hulp (DMH) voor abortusgerelateerde zorg faciliteren** door deze automatisch als dringende zorg te beschouwen, zoals voorgesteld in de nota van Dokters van de Wereld. Hierdoor wordt de doorlooptijd voor het bekomen van de DMH status verkort en tussenkomst mogelijk gemaakt zonder het antwoord van het bevoegde OCMW te hoeven afwachten.

## 7.3 Personeel

### 7.3.1 Zorgverleners voor abortus in het eerste trimester

#### 7.3.1.1 Gebrek aan opgeleide en beschikbare professionals

Een patiëntgerichte aanpak vereist dat de professionals (maatschappelijk werkers, psychologen, artsen) goed zijn opgeleid, in voldoende aantal zijn en de zorg en de inhoud van het gesprek kunnen afstemmen op de patiënte. Het Wetenschappelijk Comité constateert echter een actueel gebrek aan personeel (verpleegkundigen en artsen) in abortuscentra en ziekenhuizen. Deze situatie kan aan verschillende factoren worden toegeschreven. Abortuscentra merken ook op dat het moeilijk is om gekwalificeerde abortusartsen te vervangen in geval van personeelsverloop, wat kan wijzen op een desinteresse van jongere artsen.

Meer in het algemeen constateren leden van de werkgroep gevallen waarin sommige gynaecologen, of soms hele verloskundige afdelingen of zelfs ziekenhuizen, hebben besloten geen abortus uit te voeren, hetzij om levensbeschouwelijke redenen (gewetensbezwaren), hetzij om praktische redenen. In sommige regio's leidt dit tot het ontstaan van "abortuswoestijnen", waarbij de patiëntes ver van huis moeten reizen voor eenvoudige abortusprocedures.

Deze situatie veroorzaakt niet alleen geografische beperkingen voor de toegang tot abortuszorg maar ook aanzienlijke vertragingen. Vertragingen bij het verkrijgen van een afspraak in een abortuscentrum kunnen namelijk variëren van enkele dagen tot meerdere weken, als gevolg van het gebrek aan professionals (deze situatie is vooral merkbaar in vakantieperiodes).

Naast dit gebrek aan personeel wordt in ziekenhuizen waar abortussen worden uitgevoerd, zelfs wanneer de gynaecologen zijn opgeleid in en zich bewust zijn van de kwestie van reproductieve rechten die aan abortus zijn verbonden, regelmatig gemeld dat de rest van het team (verpleegkundigen, anesthesisten, administratieve of ondersteunende teams) deze benadering niet deelt. Soms worden hun negatieve opvattingen over abortus openlijk aan de patiënte kenbaar gemaakt.

#### 7.3.1.2 Verantwoordelijkheid op vlak van volksgezondheid

Een gebrek aan beschikbare artsen ter uitvoering van abortus kan resulteren in vertragingen in het abortusproces, waarbij zich ethische en volksgezondheidskwesties stellen. De abortuswetgeving is namelijk gebaseerd op een graduele benadering, volgens welke de morele waarde die aan het leven van de foetus wordt toegekend, toeneemt naarmate de zwangerschapsduur vordert. Dit heeft geleid tot de vaststelling van een maximumtermijn voor zwangerschapsafbreking op verzoek (zie onderdeel 4.2.3. Logica van de graduele waarde van het leven van de foetus). Vanuit medisch oogpunt verdient een abortus in een vroeger stadium van de zwangerschap, indien mogelijk, eveneens de voorkeur, voornamelijk omdat het risico op complicaties dan kleiner is. Bovendien is het zo dat hoe vroeger de zwangerschap zich situeert, hoe

meer abortusmethoden er beschikbaar zijn (medicamenteus en chirurgisch), en dit in een groter aantal instellingen.

Vertragingen bij het bekomen van een abortus – of het nu gaat om een verplichte vertraging of een vertraging door een gebrek aan behandelaars – kunnen een negatieve impact hebben voor de gezondheid en de keuzevrijheid van de patiënte. Het zorgen voor een kwalitatieve opleiding van een voldoende aantal beroepsbeoefenaars kan dus worden beschouwd als een politieke verantwoordelijkheid die aansluit bij een volksgezondheidsbeleid.

In het licht van deze algemene context bevelen wij aan **dat een gemeenschappelijke kennisbasis voor abortus verplicht wordt gesteld voor elke arts die geneeskunde studeert** (en niet alleen voor gynaecologen). Deze aanbeveling sluit aan bij de regeringsverklaring van 2019 van de Federatie Wallonië-Brussel en haar voornemen om “abortustechnieken, bewustmaking en opleiding voor werk in centra voor gezinsplanning op te nemen in het onderwijsprogramma van de faculteit geneeskunde” (vrij vertaald).<sup>171</sup> Deze basiskennis moet betrekking hebben op de geschiedenis en de sociale gevolgen van abortus, psychosociale, juridische en volksgezondheidsoverwegingen en algemene gegevens over abortus in België. Met name de Fédération Laïque de Planning Familial en de GACEHPA, alsook de faculteiten geneeskunde van bepaalde universiteiten bieden reeds specifieke opleidingen aan over de abortuspraktijk en de verschillende methoden.

Een evaluatie van de behoeften inzake opleiding en van de generatiewissel onder gekwalificeerd personeel moet worden gekoppeld aan vraagstukken betreffende de sociale en geografische toegang tot abortus in regio's in België met een zeer geringe concentratie van ziekenhuizen die abortussen uitvoeren. Oplossingen uit andere landen voor het gebrek aan abortusartsen zouden verder kunnen worden onderzocht (in Frankrijk bijvoorbeeld worden vroedkundigen opgeleid om abortusprocedures uit te voeren). Een diepgaandere analyse van de kwalificaties die nodig zijn om de verschillende handelingen in verband met abortusprocedures te verrichten, zou toelaten om andere gezondheidsprofessionals dan artsen aan de abortusprocedure te linken. Dit impliceert ook een aanpassing in de opleiding van deze beroepen.

In conclusie, en met het oog op de verbetering van de toegang tot en het tijdstip van abortus, bevelen werkgroep 1 en het Wetenschappelijk Comité aan de nodige kwalificaties te definiëren om abortussen veilig te kunnen verrichten (volgens zwangerschapsduur of methode).

Een dergelijke analyse zou activiteiten in kaart kunnen brengen waarbij de betrokkenheid van andere gezondheidswerkers dan artsen bij de dienstverlening (bijvoorbeeld vroedkundigen, verpleegkundigen, enz.) kan worden overwogen, hetgeen een aanpassing van het beleid zou impliceren. In het bijzonder kan dit worden overwogen voor medicamenteuze abortus in het eerste trimester, ter aanvulling van de bestaande teams die te kampen hebben met een tekort aan abortusartsen.

### 7.3.2 Zorgverleners voor abortus in het tweede trimester

Belgische gynaecologen zijn momenteel niet specifiek opgeleid voor de meer veeleisende technieken van chirurgische abortus in het tweede trimester, hoewel sommigen van hen ervaring hebben met dilatatie en evacuatie (D&E) tijdens het tweede trimester. De meeste Belgische gynaecologen hebben wel ervaring met medicamenteuze abortus in het tweede trimester van de zwangerschap, vanwege de huidige mogelijkheid om abortus om medische redenen in latere stadia van de zwangerschap te laten plaatsvinden.

Opleiding voor de technische specificiteit van chirurgische abortussen in het tweede trimester is momenteel echter niet beschikbaar in ons land. Het Comité besprak de mogelijkheid voor huisartsen om abortussen in het tweede trimester uit te voeren: hoewel sommige leden van het Wetenschappelijk Comité zich terughoudend toonden, onderstreepten andere leden dat deze mogelijkheid in andere landen bestaat (met name in het Verenigd Koninkrijk en Nederland). Merk op dat Nederland een certificering heeft ingevoerd voor verstrekkers van abortussen in het tweede trimester, met voorwaarden inzake ervaring en kwalitatieve en kwantitatieve praktijk. Er zijn reeds enkele huisartsen, opgeleid in Nederland als abortusarts van het tweede trimester, werkzaam in België.

Het Comité adviseert dat faciliteiten die abortussen in het tweede trimester aanbieden, in het geval deze worden opgericht, beroepsbeoefenaars in dienst nemen met een reeds bestaande expertise en ervaring op het gebied van abortussen in het tweede trimester. Dit zou een snellere implementatie van deze diensten mogelijk maken. Er moeten middelen voor de opleiding van Belgische beroepsbeoefenaars worden ontwikkeld, hetzij in het land zelf, hetzij door opleidingen in het buitenland te faciliteren.

<sup>171</sup> IVG en Belgique: un an après la nouvelle loi, toujours le même combat, Guide Social [Internet] 2019; Available from: <https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/ivg-en-belgique-un-an-apres-la-nouvelle-loi-toujours-le-meme-combat>.

## 8. Aanbevelingen

### Aanbevelingen aangaande de Wet betreffende de Vrijwillige Zwangerschapsafbreking (Wet VZA)

#### 1. Erkennen van abortus als gezondheidszorg

Erken vrijwillige zwangerschapsafbreking expliciet als gezondheidszorg. Dit sluit de mogelijkheid niet uit om abortus als een bijzondere vorm van gezondheidszorg te reguleren in de Wet betreffende de Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, noch om bepaalde schendingen van die wet te bestraffen, indien de wetgever een dergelijke regulering passend en noodzakelijk acht.

#### 2. Verplichte wachttijd

Verwijder de verplichte wachttijd van zes dagen uit de wet. Er worden twee opties voor hervorming voorgesteld:

- a) Schrap elke verwijzing naar een verplichte wachttijd.
- b) Voer een verplichting in om de zwangerschapsafbreking niet uit te voeren op de kalenderdag van de eerste raadpleging.

In beide scenario's acht het Wetenschappelijk Comité het tevens van belang dat de vrouw de mogelijkheid wordt aangeboden om de eerste consultatie op afstand te laten plaatsvinden (bijvoorbeeld in geval van specifieke verplaatsingsproblemen).

De eerste optie met betrekking tot de volledige afschaffing van de wachttijd krijgt de voorkeur van het Wetenschappelijk Comité.

In beide scenario's worden beroepsbeoefenaren aangemoedigd om, bij wijze van kwalitatieve zorg, een op de zwangere vrouw afgestemde beslissings- en voorbereidingstermijn te waarborgen. Zoals reeds wordt gewaarborgd door de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, door de algemene gezondheidswetgeving en door deontologische beginselen, blijven beroepsbeoefenaren verplicht om patiënten naar behoren te informeren, geïnformeerde toestemming te verkrijgen en zich te vergewissen van hun "vaste wil".

In de context waarin om abortus wordt verzocht op grond van een ernstige medische aandoening, wordt het advies van een multidisciplinair team en het betrekken van een in de hoofdaandoening gespecialiseerde arts, beschouwd als bijkomende waarborgen voor bewuste besluitvorming (zie aanbeveling nr. 8).

#### 3. Informatieverplichtingen

Hanteer de in de Wet Patiëntenrechten verankerde informatieverplichtingen om het proces van geïnformeerde toestemming van de patiënt voor de ingreep te waarborgen (deze omvatten onder meer informatie over het doel, de aard, de mate van urgentie, de duur, de frequentie, de voor de patiënt relevante contra-indicaties, bijwerkingen en risico's van de ingreep, de nazorg, mogelijke alternatieven en de financiële consequenties).

Schrap de specifieke wettelijke verplichting om elke patiënt die om een zwangerschapsafbreking verzoekt te informeren over adoptie en de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind. Schrap tevens de plicht om de vrouw vóór de abortus te informeren over "over de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen". Bied geïndividualiseerde informatie aan, afhankelijk van de specifieke context van het verzoek om abortus en het belang van de patiënt.

Handhaaf de plicht om te informeren over anticonceptie met het oog op preventie, en behoud de plicht, indien dit voor de zwangere vrouw in kwestie relevant wordt geacht, informatie te verstrekken over "de hulp en het advies over de middelen waarop zij kan terugvallen om de psychologische en sociale problemen die door haar toestand zijn ontstaan, op te lossen".

#### 4. Toestemming/vertegenwoordiging van minderjarigen

Machtig zorgverleners uitdrukkelijk om een abortus uit te voeren na een verzoek van een minderjarige die tot een redelijk oordeel van zijn belangen in staat is, zonder de ouders te informeren en/of om hun toestemming te vragen.

Deze machtiging gaat gepaard met een *good practice* richtlijn voor zorgverleners die erin bestaat rekening te houden met het belang van de minderjarige om niet alleen de procedure niet alleen te moeten doormaken, door deze aan te moedigen om een ouder, partner of vertrouwenspersoon in volledige confidentialiteit te betrekken en om de continuïteit van de opvolging van de minderjarige ook na de zwangerschapsafbreking te waarborgen.

#### 5. Wettelijke mogelijkheid tot zwangerschapsonderbreking bij ernstige medische aandoeningen

Behoud de wettelijke mogelijkheid tot zwangerschapsafbreking bij ernstige medische aandoeningen, ongeacht de zwangerschapsduur, zoals thans wordt gewaarborgd door de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking.

## 6. Niveau van zekerheid van ernstige foetale aandoening

Vervang de “zekerheid” van de uiterst ernstige en ongeneeslijke aandoening van het kind dat geboren zal worden door een (hoog-) risiconorm. Verschillende opties werden geschikt geacht, waaronder “(zeer) hoog risico”/ “substantieel risico”/ “aanzienlijk risico”/ “grote waarschijnlijkheid”.

Stel geen lijst op van ernstige medische aandoeningen die in aanmerking kunnen komen voor een rechtmatige zwangerschapsafbreking.

## 7. Abortus op grond van gezondheidsrisico voor de zwangere vrouw

Verduidelijk dat het ernstig gevaar voor de ‘gezondheid’ van de zwangere vrouw ook de mentale gezondheid omvat.

Voorbeeld van formulering:

*“Een zwangerschap kan worden afgebroken ... wanneer dit gepast wordt geacht gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw.”*

## 8. Besluitvormingsproces inzake zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige medische aandoening

Betrek een tweede arts, gespecialiseerd in de aandoening van de vrouw/foetus, bij de *counseling* en de besluitvorming.

Installeer een ad-hoc raadgevend multidisciplinair overleg voordat de zwangerschap op grond van een ernstige medische aandoening wordt afgebroken, zonder het multidisciplinaire team met de uiteindelijke beslissing te belasten. De raadpleging van het multidisciplinaire team is niet verplicht in het geval van een medische noodsituatie.

Erken de inspraak van de zwangere vrouw in dit proces, die haar zorgen en wensen kenbaar moet kunnen maken en betrokken dient te worden in een gedeeld besluitvormingsproces met de artsen.

Voorbeeld van formulering:

*“Een zwangerschap kan worden afgebroken, ongeacht de zwangerschapsduur, wanneer de verantwoordelijke arts en een tweede arts die gespecialiseerd is in de belangrijkste aandoening waaraan de vrouw/kind zal lijden, na de zwangere vrouw te hebben gehoord en een multidisciplinair team te hebben geraadpleegd, tot de conclusie komen dat [dit gepast is gelet op een ernstige bedreiging van de lichamelijke en/of mentale gezondheid van de zwangere vrouw of op een substantieel risico dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een*

*bijzonder ernstige aandoening die op het moment van de diagnose als ongeneeslijk wordt beschouwd]. De betrokken artsen en het multidisciplinaire team houden rekening met de stand van de medische kennis de professionele normen en de deontologie. Het voornoemde besluitvormingsproces hoeft niet te worden gevolgd indien er voor de zwangere vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen.”*

## 9. Strafsancties

Decriminaliseer uitdrukkelijk de zwangere vrouw die een vrijwillige abortus ondergaat of zelf uitvoert in strijd met de wet.

Verkiez abortus-specifieke sancties in de Wet Vrijwillige Zwangerschap boven de toepassing van algemene misdrijven voor abortusverstrekkers die de wettelijke voorwaarden overtreden. Een diversificatie van de sancties naargelang de aard en ernst van de wettelijke beperking is aanbevolen.

## 10. Maximumtermijn voor abortus op verzoek

Verleng de huidige maximumtermijn voor abortus op verzoek.

Een verlenging tot 22 weken post-conceptie (24 WA) wordt door de betrokken werkgroep breed gesteund, terwijl een verlenging tot 20 weken post-conceptie (22 WA) tevens adequaat wordt geacht. Een lid van de werkgroep acht een 18-weeken termijn adequaat en stelt dat deze niet zou mogen worden overschreden.

Deze werkzaamheden resulteerden in een consensusaanbeveling van het Wetenschappelijk Comité (en van werkgroep 3) om de huidige maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek van de vrouw te verlengen tot minimum 18 weken PC (20 WA). De opvattingen in het Wetenschappelijk Comité zijn verdeeld wat betreft de maximum zwangerschapstermijn; sommigen verkiezen 18 weken PC (WA), anderen verkiezen 20 weken PC (22 WA).

De optie van een verlenging voorbij 20 weken PC (22 weken WA) werd, na overweging van uiteenlopende medische en ethische argumenten, niet breed gesteund door het Wetenschappelijk Comité

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om de huidige 12-wekentermijn te verlengen en alle abortussen die plaatsvinden voor de verlengde termijn aan éénzelfde juridische procedure te onderwerpen. Het huidige juridisch kader voor abortus op verzoek is daarbij van toepassing, met inachtneming van de in deze lijst aanbevolen wetswijzigingen. Een andere overwogen optie is om specifieke bepalingen aangaande het zorgtraject voor abortus in het tweede trimester in de wet op te nemen, al was dit niet de voorkeursoptie van het Wetenschappelijk Comité.

Deze uitbreiding kan volgens het Wetenschappelijk Comité slechts doorgevoerd worden op voorwaarde van de oprichting van bijzondere faciliteiten voor de afbreking van zwangerschappen van meer dan 12 weken na de bevruchting, waar gespecialiseerde multidisciplinaire teams en onmisbare infrastructuur aanwezig zijn (zie aanbeveling 15).

---

#### 11. Structuur en terminologie van de wet

Verbeter de algemene structuur van de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking.

Situeer de regeling met betrekking tot zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige medische aandoening in een apart artikel in de Wet Vrijwillige Zwangerschapsafbreking om de leesbaarheid te vergroten.

Herzie de in de abortuswet gebruikte terminologie. Vermijd gedateerde formuleringen en taalinconsistenties, en hanteer genderneutrale bewoordingen.

Om verwarring over de berekening van de zwangerschapsduur te voorkomen, overweeg om zowel de zwangerschapsduur na de bevruchting als de zwangerschapsduur bij obstetrische echografie (WA) te vermelden in de wetgeving die betrekking heeft op zwangerschapsafbreking en doodgeboorte.

---

#### 12. Abortus en de grondwet

Het Wetenschappelijk Comité acht een explicietere grondwettelijke verankering van het recht op abortus mogelijk, doch geeft aan dat, afhankelijk van de gekozen formulering, dat recht eveneens in meerdere of mindere mate onderhevig kan zijn aan juridische en politieke inmenging. Het beveelt aan om, ongeacht een potentiële grondwettelijke verankering van het recht op abortus, een maatschappelijk debat te behouden over en waakzaam te blijven voor ontwikkelingen in de context van reproductieve en seksuele rechten.

### Aanbevelingen aangaande bredere abortusbeleid en –praktijk

#### 13. Anticonceptie en preventie

Versterk de huidige voorzieningen met betrekking tot anticonceptie als middel ter preventie van ongewenste zwangerschappen.

Bespreek anticonceptie tijdens de consultatie als preventiemaatregel.

Breid de terugbetaling van anticonceptie uit na 25 jaar, in het bijzonder voor langwerkende anticonceptie.

Faciliteer het gebruik van langwerkende anticonceptiemiddelen door gratis inbrenging na de abortusprocedure, en gratis inbrenging van IUD als noodanticonceptie.

Pas de resolutie van de Senaat toe die gericht is op de verstrekking van noodanticonceptie door instanties die belast zijn met de opvang, voorlichting en begeleiding van personen in het kader van hun affectieve en seksuele relaties (*Parl.St.* Senaat. nr. 7-81/7).

---

#### 14. Opleiding en beschikbaarheid van abortusverstrekkers

Pak het huidige tekort aan abortusverstrekkers aan.

Neem een gemeenschappelijke kennisbasis voor abortus op als verplichte basis voor elke student in de geneeskundige opleiding (met inbegrip van kennis over de geschiedenis en psychosociale context van abortus, juridische en volksgezondheids-overwegingen en algemene gegevens over abortus in België).

Ontwikkel financiële prikkels om de aantrekkelijkheid voor abortusverstrekkers te vergroten.

Ontwikkel nieuwe faciliteiten met zorgverleners opgeleid in abortus in het tweede trimester in geval van een verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor abortus op verzoek.

Neem beoefenaars met een reeds bestaande deskundigheid en ervaring op het gebied van abortus in het tweede trimester in dienst en stimuleer het volgen van opleidingen in het buitenland om de nodige deskundigheid te bewerkstelligen.



## 15. Abortusvoorzieningen en hun respectieve opdrachten

### Faciliteiten eerste trimester

Handhaaf de bestaande ambulante abortuscentra en de huidige opdrachten die zij vervullen (abortuszorg, preventie van ongewenste zwangerschappen, screening op seksueel overdraagbare aandoeningen, andere vormen van zorg).

Faciliteer sedatie in ambulante abortuscentra op voorwaarde dat aan structurele criteria wordt voldaan. De certificeringsvoorwaarden zouden kunnen bestaan in een bepaald minimumaantal abortusprocedures per jaar in het centrum, noodzakelijke opleiding van de teamleden, aanwezigheid van specifiek medisch materiaal, aanwezigheid van een zorgverlener die enkel verantwoordelijk is voor de sedatie, etc..

### Faciliteiten tweede trimester

In geval van een uitgebreide abortustermijn: installeer nieuwe afdelingen die hoofdzakelijk gewijd zijn aan abortus vanaf 12 weken na de bevruchting (14 WA), hetzij in centra die grenzen aan een ziekenhuis, hetzij als nieuwe ziekenhuisafdelingen. Deze voorwaarde is ingegeven door de mogelijkheid om in een gespecialiseerde afdeling zwaardere apparatuur, algemene anesthesie en de mogelijkheid tot nachtverblijf aan te bieden. Vereiste maatstaven voor faciliteiten voor abortus in het tweede trimester omvatten tevens de confidentialiteit en de deskundigheid op het gebied van abortuszorg, geleverd door een multidisciplinair team, op psychosociaal (psycholoog, maatschappelijk werker) en medisch niveau (gynaecoloog of huisarts gevormd in het uitvoeren van tweede trimester abortus, anesthesist, verpleegkundige, vroedkundige...). Andere belangrijke elementen zijn een nauwe samenwerking met de ziekenhuizen en de mogelijkheid van snelle transfer in geval van complicaties.

Het Wetenschappelijk Comité beveelt aan om bijzondere faciliteiten op te richten en onder ministerieel toezicht te plaatsen. Op basis van de geraamde volumes worden drie voorzieningen aanbevolen. De spreiding van de faciliteiten moet evenwichtig zijn gelet op territoriale dekking en kwantitatieve noden, met het oog op toegankelijkheid. De zorg moet in de mate van het mogelijke gecentraliseerd worden om een gepaste *case load* te verzekeren en te waarborgen dat de bijzondere centra hun expertise kunnen behouden en verdiepen.

De organisatie en spreiding van abortuscentra dient op regelmatige tijdstippen geëvalueerd te worden, bijvoorbeeld door de Nationale Evaluatie Commissie, en waar nodig, bijgestuurd.

## 16. Kwalificaties van abortusverstrekkers

Leg vast welke kwalificaties nodig zijn om zwangerschapsafbrekingen veilig uit te voeren (zwangerschapsduur/gebruikte methoden).

Identificeer activiteiten waarbij men kan overwegen andere gezondheidswerkers dan artsen te betrekken bij de dienstverlening (bijvoorbeeld vroedvrouwen, verpleegkundigen, enz.), met name bij medicamenteuze abortus in het eerste trimester, ter aanvulling van de bestaande teams die een tekort aan abortusartsen hebben. Het betrekken van andere gezondheidszorgbeoefenaars impliceert een aangepaste opleiding en een wetswijziging.

## 17. Abortusdiensten op afstand en *self-managed* abortus

Bied abortuszorg op afstand aan aan patiënten die daaraan de voorkeur geven. Bied psychosociale consultatie op afstand aan als er garanties zijn voor dezelfde kwaliteit van zorg als bij een consultatie in persoon.

Bied begeleiding op afstand bij medicamenteuze zwangerschapsafbreking aan, waarbij de patiënt de tweede fase van de abortusprocedure thuis kan laten plaatsvinden, met mogelijkheid tot telefonische begeleiding van de abortuscentra.

In ieder geval moet elke stap van de procedure (meer in het bijzonder de tweede stap van een medische abortus: de expulsie) ook in het abortuscentrum mogelijk blijven.

## 18. Verspreiding van en toegang tot medicamenteuze abortus

Vergemakkelijk de toegang tot mifepriston en misoprostol door de distributie-, registratie- en controleprocedures te vereenvoudigen, hetgeen een wijziging vereist van het Koninklijk Besluit van 07/05/2000 dat dit regelt en van de RIZIV-conventies die erop gebaseerd zijn.

## 19. Ondersteuning van vrouwen/koppels na zwangerschapsafbreking wegens ernstige medische aandoeningen

Ondersteun initiatieven die administratieve, psychologische, juridische en sociale bijstand bieden aan patiënten/koppels die een gewenste zwangerschap afbreken na diagnose van ernstige medische aandoeningen.

## 20. Registratie, gegevensverzameling en de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking

Breid de mogelijkheden van de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking uit om de kwaliteit van de verzamelde gegevens te verbeteren voor wetenschappelijke en preventieve doeleinden, om meer inzicht te krijgen in de sociale en maatschappelijke context waarin abortussen worden aangevraagd, en om de hulp aan vrouwen te verbeteren.

Overweeg een rol voor de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking om een platform of organisatie op te richten die *good practices* en professionele richtlijnen met betrekking tot abortus kan formuleren.

Sensibiliseer zorgverleners over het wetenschappelijke belang van nauwkeurige registratie van uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen, meer bepaald zorgverleners betrokken bij zwangerschapsafbreking op grond van een ernstige foetale/maternele aandoening.

Evalueer, synchroniseer en vereenvoudig de verschillende registratieverplichtingen die bestaan voor zorgverleners in het kader van zwangerschapsafbreking.

---

## 21. Burgerlijke aangifte en juridische gevolgen na zwangerschapsafbreking/doodgeboorte

Verduidelijk bij zowel ouders als zorgverleners het bestaan van verschillende wettelijke plichten en rechten die bestaan in het kader van een zwangerschapsafbreking na een bepaalde zwangerschapsduur, met inbegrip van deze die verband houden met de vrijwillige/verplichte burgerlijke aangifte van een levenloos geboren kind.

---

## 22. Initiatieven tussen zorgverleners/instellingen voor gezondheidszorg om een multidisciplinair debat en uitwisseling van praktijken/protocollen te organiseren

Overweeg financiële ondersteuning voor de organisatie, documentatie en rapportage van het multidisciplinaire teamoverleg in het kader van zwangerschapsafbreking op grond van ernstige medische aandoeningen.

Ontwikkel een RIZIV-code voor het multidisciplinair overleg met betrekking tot een ernstige foetale aandoening/materneel gezondheidsrisico.

Bied steun aan initiatieven waarbij zorgverleners van verschillende instellingen inzichten, protocollen en benaderingen inzake zwangerschapsafbreking bij ernstige medische aandoeningen kunnen uitwisselen.

## 23. Financiële toegang tot abortus

Zorg voor gelijke en betaalbare toegang tot abortuszorg voor elke zwangere vrouw die in België verblijft, ongeacht het statuut van de patiënt of de faciliteit waar de procedure plaatsvindt.

Het Wetenschappelijk Comité acht verschillende opties mogelijk.

Sommige leden van het Comité stellen voor om abortus voor de vrouw gratis te maken, door de financieringsprocedure tussen de overheid en de centra te regelen zonder tussenkomst van de vrouw of haar mutualiteit (wat de kwestie van de confidentialiteit zou vergemakkelijken - zie hieronder) op een wijze die vergelijkbaar is met de regeling die in Portugal geldt;

Sommige leden van het Comité stellen voor om het huidige financieringssysteem te behouden, doch om de toegang tot Dringende Medische Hulp (DMH) voor abortusgerelateerde te vergemakkelijken door deze te erkennen als dringende zorg, zoals voorgesteld in het memorandum van Dokters van het Wereld, waardoor de tijd die nodig is om DMH te verkrijgen zou worden ingekort en interventie mogelijk zou worden zonder te wachten op het antwoord van het bevoegde OCMW.

De kost van abortus voor de patiënt moet in elk stadium van de zwangerschap gelijk zijn, ook in geval van verlenging van de maximale zwangerschapstermijn voor een abortus op verzoek.

---

## 24. Communicatie en voorlichting over abortus

Lanceer een website op het niveau van de federale overheid waar objectieve en volledige informatie over abortus en de beschikbare structuren die abortussen uitvoeren wordt gecentraliseerd. Deze website moet gemakkelijk te vinden zijn en gelinkt zijn aan adequate trefwoorden.

De officiële websites van het Ministerie van Volksgezondheid, het RIZIV, ziekenhuizen, abortusfaciliteiten en ziekenfondsen moeten naar deze hoofdwebsite verwijzen.

Zet op nationaal niveau informatiecampagnes op over abortus, met vermelding van de wettelijke regeling en het soort faciliteiten dat abortusprocedures aanbiedt. Bijzondere aandacht moet worden besteed aan de verspreiding van informatie over abortus onder meer kwetsbare groepen.

## 25. Confidentialiteit van abortus- en aanverwante zorg

Waarborg de confidentialiteit van abortusprocedures en de aanverwante zorg voor patiënten die dat wensen.

Overweeg om patiënten geval per geval te laten beslissen welke zorgverlener toegang heeft tot haar dossier (ziekenfondsdossier, algemeen gedigitaliseerd medisch dossier, ziekenhuisdossier, farmaceutisch dossier, en welke informatie naar de huisarts wordt verstuurd).

Zorg ervoor dat specifieke medicatievoorschriften of resultatenanalyses alleen zichtbaar en toegankelijk zijn voor de arts die deze heeft aangevraagd (bijv. resultaten van HCG-bloedtesten).

## 9. Referenties

### Inhoudstafel van tabellen en figuren

41	Figuur 1 Roemenië: abortussen, geboortes en overlijdens tussen 1955 en 1979	227	Figuur 14 Abortussen in Nederland, per land van verblijf en per jaar
131	Figuur 2 Effecten op de mortaliteit bij de invoering van een anti-abortuswet in Roemenië in november 1966 (rode lijn) en bij de legalisering van abortus in december 1989 (blauwe lijn)	236	Figuur 15 Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken werden doorverwezen wegens een overschrijding van de maximale zwangerschapstermijn
158	Figuur 3 Verdeling van de abortusprocedures in België, volgens het type voorziening en de provincie van de woonplaats	237	Figuur 16 2018-2021 Gemiddeld aantal abortussen naar zwangerschapsduur in Nederland, inclusief lokale en buitenlandse patiënten
187	Figuur 4 Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen, per jaar	246	Figuur 17 Aantal abortusprocedures in Nederland (per land van herkomst, per jaar)
188	Figuur 5 Aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen na 12 weken na de bevruchting, per jaar	252	Figuur 18 Aantal abortusprocedures in België en in Nederland (2002-2019): grafiek
189	Figuur 6 Schatting van het aantal zwangerschapsafbrekingen om medische redenen, per jaar (geëxtrapoleerd uit gegevens van de Nationale Evaluatiecommissie en EUROCAT-gegevens).	252	Figuur 19 Aantal abortussen in België per leeftijdscategorie (2006-2019): tabel
191	Figuur 7 Aantal zwangerschapsafbrekingen in één referentieziekenhuis, per zwangerschapsduur (2014-2018)	253	Figuur 20 Aantal abortussen in België per leeftijdscategorie (2006-2019): grafiek
194	Figuur 8 Foetale aandoeningen waarvoor een zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd (2018-2019)	254	Figuur 21 Duur van de zwangerschap (in weken na de bevruchting) op het moment van de abortusprocedure (LUNA + VUB Dilemma)
213	Figuur 9 Aantal abortusprocedures in Nederland voor vrouwen uit België (per jaar)		
214	Figuur 10 Patiëntes die vanuit de LUNA-klinieken zijn doorverwezen vanwege een overschrijding van de maximale zwangerschapstermijn		
215	Figuur 11 Aantal abortussen per zwangerschapsduur in Nederland, inclusief lokale en buitenlandse patiëntes		
216	Figuur 12 Aantal abortusprocedures in het tweede trimester per zwangerschapsduur in Nederland		
217	Figuur 13 Aantal abortusprocedures per zwangerschapsduur in de Bloemhovekliniek voor patiëntes uit België		

## Bibliografie

- Ahmed S, Jafri H, Rashid Y, Mason G, Ehsan Y, Ahmed M. Attitudes towards non-invasive prenatal diagnosis among obstetricians in Pakistan, a developing, Islamic country. *Prenatal Diagnosis* 2017;**37**:289–295.
- Aiken A, Lohr P, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2021;**128**:1464–1474.
- Aiken A, Starling JE, Gomperts R, Scott JG, Aiken CE. Demand for self-managed online telemedicine abortion in eight European countries during the COVID-19 pandemic: a regression discontinuity analysis. *BMJ Sex Reprod Health* 2021;**47**:238–245.
- Althaus FA, Henshaw SK. The Effects of Mandatory Delay Laws on Abortion Patients and Providers. *Family Planning Perspectives* 1994;**26**:228–233. [Wiley, Guttmacher Institute].
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Use of Antenatal Corticosteroids at 22 Weeks of Gestation—Practice Advisory. 2022; Available from: <https://www.acog.org/en/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2021/09/use-of-antenatal-corticosteroids-at-22-weeks-of-gestation>.
- Andersson I-M, Christensson K, Gemzell-Danielsson K. Experiences, Feelings and Thoughts of Women Undergoing Second Trimester Medical Termination of Pregnancy. *PLOS ONE* 2014;**9**:e115957. Public Library of Science.
- Askola H. Dropping the ball or holding the line? Challenges to abortion laws in the Nordic countries. *Women's Studies International Forum* 2018;**66**:25–32.
- Assis MP, Erdman JN. Abortion rights beyond the medico-legal paradigm. *Global Public Health* 2021;**1**–16. Taylor & Francis.
- Attané I, Barbieri M. La démographie de l'Asie de l'Est et du Sud-Est des années 1950 aux années 2000: Synthèse des changements et bilan statistique. *Population (French Edition)* 2009;**64**:7–154. Institut National d'Etudes Démographiques.
- Avanza M. Enterrer les « enfants non-nés ». Restes des IVG et pratiques militantes pro-life en Italie. 2022; Bruxelles, Belgique.
- Avanza M. Plea for an Emic Approach Towards 'Ugly Movements': Lessons from the Divisions within the Italian Pro-Life Movement. *Politics and Governance* 2018;**6**:112–125.
- Azerot M, Etchemendigaray C, Rousseau A, Brûlé A. Évaluation de la douleur physique chez les femmes pratiquant une interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. *La Revue Sage-Femme* 2015;**14**:94–99.
- Bacchus L, Mezey G, Bewley S. A Qualitative Exploration of the Nature of Domestic Violence in Pregnancy. *Violence Against Women* 2006;**12**:588–604. SAGE Publications Inc.
- Beck R. Self-Conscious Dicta: The Origins of Roe v. Wade's Trimester Framework. *Am J Legal Hist* 2011;**51**:505–530.
- Beernaert M-A, Bosly HD, Clesse C-E, Delannay A, De la Serna I, Sauvage T de, De Valkeneer C, Jurz F, Lugentz F, Magnien P, et al. *Les infractions. : Volume 2. Les infractions contre les personnes*. 2020; Bruxelles : Larcier.
- Belgian Advisory Committee on Bioethics. *Opinion no. 18 of 16 September 2002 on research on human embryos in vitro* [Internet]. 2002;58 Available from: [https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth\\_theme\\_file/opinion\\_18\\_web\\_0.pdf](https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/opinion_18_web_0.pdf).
- Bell EF, Zumbach DK. The tiniest babies: a registry of survivors with birth weight less than 400 grams. *Pediatrics* 2011;**127**:58–61.
- Belliemi CV. Analgesia for fetal pain during prenatal surgery: 10 years of progress. *Pediatric Research* 2021;**89**:1612–1618. Nature Publishing Group.
- Benson Gold R. *The Implications of Defining When a Woman Is Pregnant* [Internet]. 2005; Available from: [https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/gr080207.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/gr080207.pdf).
- Berer M. A Critical Appraisal of Laws on Second Trimester Abortion. *Reproductive Health Matters* 2008;**16**:3–13. Taylor & Francis.
- Berer M. Abortion Law and Policy Around the World: in Search of Decriminalization. *Health Hum Rights* 2017;**19**:13–27.
- Berer M. Provision of abortion by mid-level providers: international policy, practice and perspectives. *Bull World Health Organ* 2009;**87**:58–63.
- Biggs MA, Brown K, Foster DG. Perceived abortion stigma and psychological well-being over five years after receiving or being denied an abortion. In Rice WS, editor. *PLoS ONE* 2020;**15**:e0226417.

Biggs MA, Upadhyay UD, McCulloch CE, Foster DG. Women's Mental Health and Well-being 5 Years After Receiving or Being Denied an Abortion: A Prospective, Longitudinal Cohort Study. *JAMA Psychiatry* 2017;**74**:169–178.

Blum J, Karki C, Tamang A, Shochet T, Shrestha A, Tuladhar H, Karki A, Sharma J, Abbas DF, Dragoman M, et al. Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13–18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception* 2019; **100**:451–456.

BMA. Decriminalisation of Abortion: a discussion paper from the BMA. 2017; Available from: <https://www.bma.org.uk/media/1142/bma-paper-on-the-decriminalisation-of-abortion-february-2017.pdf>.

Boland R. Second trimester abortion laws globally: actuality, trends and recommendations. *Reproductive Health Matters* 2010;**18**:67–89.

Bonne OB, Rubinoff B, Berry EM. Delayed detection of pregnancy in patients with anorexia nervosa: Two case reports. *International Journal of Eating Disorders* 1996;**20**:423–425.

Brethouwer R. Hoorzitting Beahuis & Bloemenhovekliniek (Nederland). 2022;

Brezinka C, Biebl W, Kinzl J, Huter O. Denial of pregnancy: obstetrical aspects. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 1994;**15**:1–8. Taylor & Francis.

Brotcorne C, Calomne G. RAPPORT DE LA PREMIÈRE LECTURE. 2017;144.

Bulik CM, Hoffman ER, Von Holle A, Torgersen L, Stoltenberg C, Reichborn-Kjennerud T. Unplanned Pregnancy in Anorexia Nervosa. *Obstet Gynecol* 2010;**116**:1136–1140.

Burch RL, Gallup GG. Pregnancy as a Stimulus for Domestic Violence. *Journal of Family Violence* 2004;**19**:243–247.

Cameron ST, Riddell J, Brown A, Thomson A, Melville C, Flett G, Caird L, Laird G. Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: national audit 2013-2014. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;**21**:183–188. Taylor & Francis Ltd.

Carnegie A, Roth R. From the Grassroots to the Oireachtas. *Health Hum Rights* 2019;**21**:109–120.

Casier I. Rechtszekerheid van de arts bij heelkundige ingrepen en euthanasie: Een kwestie van wettelijke voorschriften. *Huisarts nu* 2014;**43**:126–131.

Casillas A, Bodenmann P, Epiney M, Gétaz L, Irion O, Gaspoz J-M, Wolff H. The Border of Reproductive Control: Undocumented Immigration as a Risk Factor for Unintended Pregnancy in Switzerland. *J Immigrant Minority Health* 2015;**17**:527–534.

Chaulet S, Juan-Chocard A-S, Vasseur S, Hamel J-F, Duverger P, Descamps P, Fanello S. Le déni de grossesse: étude réalisée sur 75 dossiers de découverte tardive de grossesse. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* 2013;**171**:705–709.

Chung GS, Lawrence RE, Rasinski KA, Yoon JD, Curlin FA. Obstetrician-gynecologists' beliefs about when pregnancy begins. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2012;**206**:132.e1-132.e7.

Claro M. Avortement et norme procréative de la dernière génération soviétique en Russie. *Cahiers du Genre* 2016;**60**:15–37. L'Harmattan: Paris.

Cohain JS, Buxbaum RE, Mankuta D. Spontaneous first trimester miscarriage rates per woman among parous women with 1 or more pregnancies of 24 weeks or more. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;**17**:437.

Coke GA, Baschat AA, Mighty HE, Malinow AM. Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia* 2004;**13**:287–290.

Colette M, De Hert P. Waarom individualisering abortus ons niet (helemaal) bekoort. *Juristenkrant* 2018;**20**..

Colette-Basecqz N, Blaise N. Avortement. In Beernaert M-A, Bosly H, editors. *Les infractions 2011*; Larcier: Bruxelles.

Comité Consultatif National d'Éthique. *Opinion du CCNE sur l'allongement du délai légal d'accès à l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse*. [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ccne-ethique.fr/node/386?taxo=0>.

Commission Nationale d'Évaluation/Nationale Evaluatiecommissie. *Rapport à l'Attention Du Parlement 2018 – 2019/Verslag ten behoeve van het Parlement 2018-2019*. 2021; Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse - Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking: Bruxelles, Belgique.

Commission Nationale d'Évaluation/Nationale Evaluatiecommissie. *Rapport à l'Attention Du Parlement 2016 – 2017/Verslag ten behoeve van het Parlement 2016-2017*. 2021; Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption de grossesse - Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking: Bruxelles, Belgique.

Conti J, Cahill EP. Self-managed abortion. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology* 2019;**31**:435–440.

Cook RJ, Dickens BM. Human Rights Dynamics of Abortion Law Reform. *Hum Rts Q* 2003;**25**:1–59.

Costa CM. The King versus Aleck Bourne. *Medical Journal of Australia* 2009;**191**:230–231.

Crowe L, Graham RH, Robson SC, Rankin J. A survey of health professionals' views on acceptable gestational age and termination of pregnancy for fetal anomaly. *European Journal of Medical Genetics* 2018;**61**:493–498.

David HP, Wright NH. Abortion Legislation: The Romanian Experience. *Studies in Family Planning* 1971;**2**:205–210. [Population Council, Wiley].

David HP. Born Unwanted: Mental Health Costs and Consequences. *American Journal of Orthopsychiatry* 2011;**81**:184–192.

De Brouwere V. The Comparative Study of Maternal Mortality over Time: The Role of the Professionalisation of Childbirth. *Social History of Medicine* 2007;**20**:541–562.

De Clerck J. Le problème de l'avortement. *Courrier hebdomadaire du CRISP* 1974;**645**:1–28. CRISP: Bruxelles.

De Keyser K, De Meuter S. Juridische aspecten van de Wet Zwangerschapsafbreking. In Scheys M, editor. *Abortus* 1993; VUBPress: Brussel.

De Meyer F, De Mulder C. Een nieuw tijdperk voor abortus? Een analyse van het voorstel ter versoepeling van de Belgische abortuswet. *Family & Law* [Internet] 2021; Available from: <https://www.bjutijdschriften.nl/doi/10.5553/FenR/000053>.

De Meyer F. Abortion law reform in Europe: The 2018 Belgian and Irish Acts on termination of pregnancy. *Medical Law International* 2020;**20**:3–30. SAGE Publications Ltd.

De Meyer F. Comprehensive Decriminalisation of Abortion: An Analysis of Concept, Arguments and Regulatory Frameworks. *Journal of Law and Medicine* 2021;**4**:1127–1141.

De Meyer F. Late Termination of Pregnancy in Belgium: Exploring Its Legality and Scope. *European Journal of Health Law* 2020;**27**:9–34.

De Nauw A. *Inleiding tot het bijzonder strafrecht*. 2010; Wolters Kluwer: Mechelen.

De Zordo S, Zanini G, Mishtal J, Garnsey C, Ziegler A, Gerdtts C. Gestational age limits for abortion and cross-border reproductive care in Europe: a mixed-methods study. *BJOG: Int J Obstet Gy* 2021;**128**:838–845.

Decruyenaere M, Evers-Kiebooms G, Boogaerts A, Philippe K, Demyttenaere K, Dom R, Vandenberghe W, Fryns J-P. The complexity of reproductive decision-making in asymptomatic carriers of the Huntington mutation. *Eur J Hum Genet* 2007;**15**:453–462. Nature Publishing Group.

Dekkers FHW, Go ATJI, Stapersma L, Eggink AJ, Utens EMWJ. Termination of pregnancy for fetal anomalies: Parents' preferences for psychosocial care. *Prenatal Diagnosis* 2019;**39**:575–587.

Delannay A. Les homicides et lésions corporelles volontaires. *Les infractions* 2010; Larcier: Brussel.

DeLong H, Eutrope J, Thierry A, Sutter-Dallay A-L, Vulliez L, Gubler V, Saad Saint-Gilles S, Tessier E, Le Foll J, Viaux S, et al. Pregnancy denial: a complex symptom with life context as a trigger? A prospective case-control study\*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2022;**129**:485–492.

Denis M, Rokeghem S van. *Le féminisme est dans la rue: Belgique 1970-1975*. 1992; Politique & Histoire : Diffusion, CRISP: Bruxelles.

Di Stefano L, Mills C, Watkins A, Wilkinson D. Ectogestation ethics: The implications of artificially extending gestation for viability, newborn resuscitation and abortion. *Bioethics* 2020;**34**:371–384.

Dierickx A. *Toestemming en strafrecht: een strafrechtsdogmatische analyse van de toestemming en de strafrechtelijke bescherming van lijf en leven*. 2006; Intersentia: Antwerp.

Dijk P van, Hoof F van, Rijn A van, Zwaak L, editors. Right to Life. *Theory and practice of the European Convention on Human Rights* 2018; p. 353–380. Intersentia: Cambridge ; Antwerp ; Portland.

Dombrecht L, Deliens L, Chambaere K, Baes S, Cools F, Goossens L, Naulaers G, Roets E, Piette V, Cohen J, et al. Neonatologists and neonatal nurses have positive attitudes towards perinatal end-of-life decisions, a nationwide survey. *Acta Paediatrica* 2020;**109**:494–504.

Domellöf M, Jonsson B. The Swedish Approach to Management of Extreme Prematurity at the Borderline of Viability: A Historical and Ethical Perspective. *Pediatrics* 2018;**142**:S533–S538.

Dommergues M, Mandelbrot L, Mahieu-Caputo D, Boudjema N, Durand-Zaleski I, Foetale and the IG-C de médecine. Termination of pregnancy following prenatal diagnosis in France: how severe are the foetal anomalies? *Prenatal Diagnosis* 2010;**30**:531–539.

Donnay F, Bregentzer A, Leemans P, Verougstraete A, Vekemans M. Safe Abortions in an Illegal Context: Perceptions from Service Providers in Belgium. *Studies in Family Planning* 1993;**24**:150–162. [Population Council, Wiley].

Dreux S, Olivier C, Dupont J-M, Leporrier N, Group S, Oury J-F, Muller F. Maternal serum screening in cases of mosaic and translocation Down syndrome. *Prenatal Diagnosis* 2008;**28**:699–703.

Dugas C, Slane VH. Miscarriage. *StatPearls* [Internet] 2022; StatPearls Publishing: Treasure Island (FL) Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532992/>.

Dupâquier J. Problèmes démographiques de la France napoléonienne. *Annales historiques de la Révolution française* 1970;9–29.

Eades L. Social realities, biological realities: The 24-week foetus in contemporary English abortion activism. *Women's Studies International Forum* 2019;**74**:20–26.

Ecker JL, Kaimal A, Mercer BM, Blackwell SC, deRegnier RAO, Farrell RM, Grobman WA, Resnik JL, Sciscione AC. Periviable Birth. *Obstetric Care Consensus - American College of Obstetricians and Gynecologists* [Internet] 2017;130:.

Edling A, Lindström L, Bergman E. Second trimester induced abortions due to fetal anomalies—a population-based study of diagnoses, examinations and clinical management. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2021;**100**:2202–2208.

Endler M, Li R, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception* 2022;**109**:8–18.

Erdman JN, Cook RJ. Decriminalization of abortion – A human rights imperative. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;**62**:11–24.

Erdman JN. Procedural abortion rights: Ireland and the European Court of Human Rights. *Reproductive Health Matters* 2014;**22**:22–30.

Erdman JN. Theorizing Time in Abortion Law and Human Rights. *Health Hum Rights* 2017;**19**:29–40.

ESHRE Capri Workshop Group. Induced abortion. *Human Reproduction* 2017;**32**:1160–1169.

Evans MI, Sobiecki MA, Krivchenia EL, Duquette DA, Drugan A, Hume Jr. RF, Johnson MP. Parental decisions to terminate/continue following abnormal cytogenetic prenatal diagnosis: “What” is still more important than “when.” *American Journal of Medical Genetics* 1996;**61**:353–355.

Falsaperla R, Collotta AD, Spatuzza M, Familiari M, Vitaliti G, Ruggieri M. Evidences of emerging pain consciousness during prenatal development: a narrative review. *Neurol Sci* 2022;**43**:3523–3532.

Fathalla MF. Safe abortion: The public health rationale. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2020;**63**:2–12.

Fearn NE. Decriminalization. In Arrigo BA, editor. *Encyclopedia of Criminal Justice Ethics* 2014; p. 246–248. SAGE Publications, Inc: Los Angeles.

Finer LB, Frohwirth LF, Dauphinee LA, Singh S, Moore AM. Timing of steps and reasons for delays in obtaining abortions in the United States. *Contraception* 2006;**74**:334–344.

Fligitter P, Glorie C, Melsens S. *Note d'intention : accès à l'interruption volontaire de grossesse et à l'aide médicale urgente pour les femmes sans accès aux soins en Belgique*. 2022;22. Médecins du Monde Belgique: Bruxelles.

Foster DG, Gould H, Taylor J, Weitz TA. Attitudes and decision making among women seeking abortions at one U.S. clinic. *Perspect Sex Reprod Health* 2012;**44**:117–124.

Foster DG, Steinberg JR, Roberts SCM, Neuhaus J, Biggs MA. A comparison of depression and anxiety symptom trajectories between women who had an abortion and women denied one. *Psychological Medicine* 2015;**45**:2073–2082. Cambridge University Press.

Garré P. The New Abortion Law in Belgium Leads to a Virtually Full Right to the Termination of Pregnancy in the First 12 Weeks. *International Journal of Philosophy* 2021;**9**:246. Science Publishing Group.

Gemzell-Danielsson K, Berger C, P.g.l. L. Emergency contraception—mechanisms of action. *Contraception* 2013;**87**:300–308.

Genicot G. *Droit médical et biomédical*. 2010; Larcier: Brussel.

Gerds C, DeZordo S, Mishtal J, Barr-Walker J, Lohr PA. Experiences of women who travel to England for abortions: an exploratory pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2016;**21**:401–407. Taylor & Francis Ltd.



- Gijbels J, Vanderpelen-Diagre C. Statut du fœtus: un désaccord séculaire. *Espace de libertés* 2020;50–53.
- Gitsels-van der Wal JT, Manniën J, Ghaly MM, Verhoeven PS, Hutton EK, Reinders HS. The role of religion in decision-making on antenatal screening of congenital anomalies: A qualitative study amongst Muslim Turkish origin immigrants. *Midwifery* 2014;30:297–302.
- Glander S, Moore M, Michielutte R, Parsons L. The Prevalence of Domestic Violence Among Women Seeking Abortion. *Obstetrics & Gynecology* 1998;91:1002–1006.
- Goemaes R, Fomenko E, Laubach M, De Coen K, Roelens K, Bogaerts A. *Perinatale gezondheid in Vlaanderen. Jaar 2021. 2022*; Studiecentrum voor Perinatale Epidemiologie: Brussel.
- Goenee MS, Donker GA, Picavet C, Wijzen C. Decision-making concerning unwanted pregnancy in general practice. *Family Practice* 2014;31:7.
- Greasley K. Abortion and regret. *Journal of Medical Ethics* 2012;38:705–711. Institute of Medical Ethics.
- Greasley K. Selective Abortion: Sex and Disability. 2017 ; disponible sur <https://academic.oup.com/book/25999/chapter/193858366>.
- Great Britain: Parliament: House of Commons: *Science and Technology Committee. Scientific developments relating to the Abortion Act 1967: twelfth report of session 2006-07, Vol. 1: Report, together with formal minutes* [Internet]. 2007; The Stationery Office Available from: <https://publications.parliament.uk/pa/cm200607/cmselect/cmsctech/1045/1045i.pdf>.
- Grobet M, Capelle X, Willems T, Triffaux JM, Gaspard U, Kridelka F. «Je ne suis pas enceinte !» A propos du déni de grossesse.... *Rev Med Liege* 2020;75:484–488. Liege : Hopital De Baviere.
- Grossman D, Grindlay K, Burns B. Public funding for abortion where broadly legal. *Contraception* 2016;94:453–460.
- Gubin E, Jacques C, editors. *Encyclopédie d'histoire des femmes: Belgique, XIXe-XXe siècles*. 2018; Racine: Bruxelles.
- Guilbaud L, Maurice P, Dhombres F, Maisonneuve É, Rigouzzo A, Darras A-M, Jouannic J-M. [Feticide procedures in second and third trimesters terminations of pregnancy]. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2020;48:687–692.

- Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population* 2018;73:225–322.
- Guillaumin C. *Sexe, race et pratique du pouvoir: l'idée de nature*. 2016; Éditions iXe: Donnemarie-Dontilly.
- Hachez I. Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux une irréversibilité relative. 2008 ; Bruylant.
- Haidar H, Vanstone M, Laberge A-M, Bibeau G, Ghulmiyyah L, Ravitsky V. Cross-cultural perspectives on decision making regarding noninvasive prenatal testing: A comparative study of Lebanon and Quebec. *AJOB Empirical Bioethics* 2018;9:99–111. Taylor & Francis.
- Han L, Rodriguez MI, Caughey AB. Blurred Lines: Disentangling the Concept of Fetal Viability from Abortion Law. *Womens Health Issues* 2018;28:287–288. Elsevier.
- Hanschmidt F, Linde K, Hilbert A, Riedel- Heller SG, Kersting A. Abortion Stigma: A Systematic Review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016;48:169–177.
- Harries J, Constant D. Providing safe abortion services: Experiences and perspectives of providers in South Africa. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;62:79–89.
- Harris LF, Roberts SC, Biggs MA, Rocca CH, Foster DG. Perceived stress and emotional social support among women who are denied or receive abortions in the United States: a prospective cohort study. *BMC Womens Health* 2014;14:76.
- Hennette-Vauchez S, Roman D, Slama S. Pourquoi et comment constitutionnaliser le droit à l'avortement. *La Revue des droits humains Revue du Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux* [Internet] 2022; Centre de recherches et d'études sur les droits fondamentaux (CREDOF) Available from: <http://journals.openedition.org/revdh/14979>.
- Henshaw SK. Induced Abortion—A World Review. In Landy U, Ratnam SS, editors. *Prevention and Treatment of Contraceptive Failure (In Honor of Christopher Tietze)* [Internet] 1986;, p. 17–20. New York, NY Available from: <https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4684-5248-8>.
- Héritier F. *Masculin/féminin*. 1996; O. Jacob: Paris.
- Hodgson J, McClaren BJ. Parental experiences after prenatal diagnosis of fetal abnormality. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2018;23:150–154.

Hoedemaekers R, Oortwijn W. Problematic Notions in Dutch Health Care Package Decisions. *Health Care Analysis* 2003;**11**:287–294.

Hoet P. Sluit een tuchtrechtelijke vervolging een navolgende strafrechtelijke vervolging uit? *RABG* 2015;**2015**:44–53. Larcier.

Holten L, Goeij E de, Kleiverda G. Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web. *Sexual and Reproductive Health Matters* 2021;**29**:162–179. Taylor & Francis.

House of Commons Select Committee on *Science and Technology*. *Scientific Developments Relating to the Abortion Act 1967*. 2007;

Hughes J. *Perfectly Legal, but Still Bad: Lessons for Sex Work from the Decriminalization of Abortion* [Internet]. 2017; Rochester, NY Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=3044546>.

Huygens A. Late zwangerschapsafbreking en aansprakelijkheid voor ongewenst bestaan. *TGZ* 2011;**3**:212–229. Wolters Kluwer.

Ingham R, Lee E, Clements SJ, Stone N. Reasons for Second Trimester Abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters* 2008;**16**:18–29.

Jaarrapportage 2018 Wet afbreking zwangerschap 2019;45. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.: Utrecht.

Jaarrapportage 2021 Wet afbreking zwangerschap 2022;22. Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

James L, Brody D, Hamilton Z. Risk Factors for Domestic Violence During Pregnancy: A Meta-Analytic Review. *Violence and Victims* 2013;**28**:359–380. Springer Publishing Company: New York, United States.

Janiak E, Kawachi I, Goldberg A, Gottlieb B. Abortion barriers and perceptions of gestational age among women seeking abortion care in the latter half of the second trimester. *Contraception* 2014;**89**:322–327.

Järholm S, Broberg M, Thurin-Kjellberg A. The choice of Pre-implantation Genetic Diagnosis (PGD), a qualitative study among men and women. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2014;**32**:57–69. Routledge.

Järholm S. “It is better to have tried, no matter what”: Psychological perspectives on pre-implantation genetic diagnosis (PGD). 2017; Göteborgs universitet: Gothenburg Available from: <https://gupea.ub.gu.se/handle/2077/51960>.

Jarvis GE. Early embryo mortality in natural human reproduction: What the data say. *F1000Res* 2017;**5**:2765.

Jasinski JL. Pregnancy and Domestic Violence: A Review of the Literature. *Trauma, Violence, & Abuse* 2004;**5**:47–64. SAGE Publications.

Johnson BR, Keogh L, Norman WV. What Would Be the Likely Impact of Decriminalisation on the Incidence, Timing, Provision, and Safety of Abortion. In Sheldon S, Wellings K, editors. *Decriminalising abortion in the UK: what would it mean?* 2020; p. 112–114.

Jooken K, Sermeus G. Enquete over abortus. Vrouwen willen wachttijd uit de wet. *Test Gezondheid* [Internet] 2002; Available from: <https://vlirtenant.sharepoint.com/sites/WG1ZWAIVG2/Gedeelde%20documenten/General/Literature/Test%20Gezondheid%202002%20Vrouwen%20willen%20wachttijd%20uit%20de%20wet.pdf>.

Joyce TJ, Henshaw SK, Dennis A, Finer LB, Blanchard K. The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review. *Guttmacher Institute* 2009;24.

Kalish RB, Chasen ST, Rosenzweig LB, Rashbaum WK, Chervenak FA. Impact of midtrimester dilation and evacuation on subsequent pregnancy outcome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002;**187**:882–885.

Kaposy C. The public funding of abortion in Canada: going beyond the concept of medical necessity. *Med Health Care and Philos* 2009;**12**:301–311.

Karasek D, Roberts SCM, Weitz TA. Abortion Patients' Experience and Perceptions of Waiting Periods: Survey Evidence before Arizona's Two-visit 24-hour Mandatory Waiting Period Law. *Women's Health Issues* 2016;**26**:60–66.

Kavanagh A, Wielding S, Cochrane R, Sim J, Johnstone A, Cameron S. 'Abortion' or 'termination of pregnancy'? Views from abortion care providers in Scotland, UK. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 2018;**44**:122–127.

Keogh J, Sinn J, Hollebhone K, Bajuk B, Fischer W, Lui K, Committee the CWO. Delivery in the 'grey zone': Collaborative approach to extremely preterm birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007;**47**:273–278.

Keogh LA, Newton D, Bayly C, McNamee K, Hardiman A, Webster A, Bismark M. Intended and unintended consequences of abortion law reform: perspectives of abortion experts in Victoria, Australia. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2017;**43**:18–24. British Medical Journal Publishing Group.

Kiley JW, Yee LM, Niemi CM, Feinglass JM, Simon MA. Delays in request for pregnancy termination: comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception* 2010b;81:446–451.

Korenromp M. Parental adaptation to termination of pregnancy for fetal anomalies. 2006; University Utrecht: Utrecht.

Korenromp MJ, Page-Christiaens GCML, Bout J van den, Mulder EJH, Visser GHA. Adjustment to termination of pregnancy for fetal anomaly: a longitudinal study in women at 4, 8, and 16 months. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2009;201:160.e1-160.e7.

Kuhar R, Paternotte D, editors. *Anti-gender campaigns in Europe: mobilizing against equality*. 2017; Rowman & Littlefield International, Ltd: London ; New York.

Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Posttraumatic growth following pregnancy termination for fetal abnormality: the predictive role of coping strategies and perinatal grief. *Anxiety, Stress, & Coping* 2017;30:536–550. Routledge.

Lagercrantz H. The emergence of consciousness: Science and ethics. *Semin Fetal Neonatal Med* 2014;19:300–305.

Lasker JN, Toedter LJ. Acute versus chronic grief: The case of pregnancy loss. *American Journal of Orthopsychiatry* 1991;61:510–522.

Lausberg S, Bolssens J, Gardiol D. 12 semaines, et après? *Témoignages sur les demandes d'IVG hors du délai légal en Belgique*. 2022;81. Centre d'Action Laïque: Bruxelles.

Lee E, Ingham R. Why do women present late for induced abortion? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2010;24:479–489.

Leleu Y-H, Langenaken E. Quel statut pour l'embryon et le fœtus dans le champ juridique belge? *Journal des Tribunaux* 2002; Maison Ferdinand Larcier S.A, Bruxelles, Belgium.

Lerma K, Blumenthal PD. Current and potential methods for second trimester abortion. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;63:24–36.

Linders A. Abortion as a Social Problem: The Construction of Opposite Solutions in Sweden and the United States Comparing Social Issues. *Soc Probs* 1998;45:488–509.

Lindo JM, Pineda-Torres M. New Evidence on the Effects of Mandatory Waiting Periods for Abortion. *Journal of Health Economics* 2021;80:102533.

Loeber O, Wijzen C. Factors Influencing the Percentage of Second Trimester Abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters* 2008;16:30–36. Taylor & Francis.

Lohr PA, Hayes JL, Gemzell-Danielsson K. Surgical versus medical methods for second trimester induced abortion. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;CD006714.

Lohr PA. Surgical Abortion in the Second Trimester. *Reproductive Health Matters* 2008;16:151–161.

Londras F de, Cleeve A, Rodriguez MI, Farrell A, Furgalska M, Lavelanet A. The impact of mandatory waiting periods on abortion-related outcomes: a synthesis of legal and health evidence. *BMC Public Health* 2022;22:1232.

Lupfer M, Silber BG. How patients view mandatory waiting periods for abortion. *Fam Plann Perspect* 1981;13:75–79.

Marques-Pereira B, Raes F. *Les droits reproductifs comme droits humains: une perspective internationale* [Internet]. *Corps de femmes* [Internet] 2002;19–38. De Boeck Supérieur. Available from: <http://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-page-19.htm>.

Marques-Pereira B. *L'avortement dans l'Union européenne: acteurs, enjeux et discours*. 2021; CRISP: Bruxelles.

Marques-Pereira B. L'interruption volontaire de grossesse : de l'interdit pénal à la parenté responsable. *Corps de femmes* [Internet] 2002; p. 159–173. De Boeck Supérieur: Louvain-la-Neuve. Available from: <https://www.cairn.info/corps-de-femmes-sexualite--9782804139476-p-159.htm>.

Marques-Pereira B. *L'avortement dans l'Union européenne : acteurs, enjeux et discours*. [Internet]. 2021 ; Bruxelles : CRISP disponible sur <http://lib.ugent.be/catalog/rug01:002961710>.

Marta I. Critique des conditions donnant accès à l'interruption de grossesse par rapport à la question de la temporalité. 2020;

Mathieu N-C. *L'anatomie politique: catégorisations et idéologies du sexe*. 2013; Éd. iXe: Donnamarie-Dontilly.

McCoyd JLM. Pregnancy interrupted: loss of a desired pregnancy after diagnosis of fetal anomaly. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007;28:37–48. Taylor & Francis.

- Medoff M. The Impact of State Abortion Policy on the Price of an Abortion. *Behav Soc Iss* 2015;24:56–67.
- Meganck B. Opzettelijk doden en opzettelijk toebrengen van lichamelijke letsels. In X, editor. *Postal memorialis Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten* 2013; Wolters Kluwer: Mechelen.
- Melani P. En avoir ou pas (des enfants). Les Russes face à la planification familiale. *Informations sociales* 2005;124:90–97. Caisse nationale d'allocations familiales: Paris.
- Mentula MJ, Niinimäki M, Suhonen S, Hemminki E, Gissler M, Heikinheimo O. Young age and termination of pregnancy during the second trimester are risk factors for repeat second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2010;203:107.e1-107.e7.
- Mesnil M. Variations autour de la constitutionnalisation du droit à l'IVG. *La Semaine Juridique* 2022 ;48.
- Miller S, Wherry LR, Foster DG. What Happens after an Abortion Denial? A Review of Results from the Turnaway Study. *AEA Papers and Proceedings* 2020;110:226–230.
- Minkenbergh M. The policy impact of church–state relations: family policy and abortion in Britain, France, and Germany. *West European Politics* 2003;26:195–217.
- Mishtal J. Reproductive Governance in the New Europe: Competing Visions of Morality, Sovereignty and Supranational Policy. *Anthropological Journal of European Cultures* 2014;23:59–76. Berghahn Books, Inc.: New York, United States.
- Moerenhout T, Fischer GS, Saelaert M, Sutter AD, Provoost V, Devisch I. Primary Care Physicians' Perspectives on the Ethical Impact of the Electronic Medical Record. *J Am Board Fam Med* 2020;33:106–117. American Board of Family Medicine.
- Moreau C, Shankar M, Glasier A, Cameron S, Gemzell-Danielsson K. Abortion regulation in Europe in the era of COVID-19: a spectrum of policy responses. *BMJ Sex Reprod Health* 2021;47:e14–e14. British Medical Journal Publishing Group.
- Moreau C, Trussell J, Desfreres J, Bajos N. Medical vs. surgical abortion: the importance of women's choice. *Contraception* 2011;84:224–229.
- Muresan C. L'évolution démographique en Roumanie : tendances passées (1948-1994) et perspectives d'avenir (1995-2030). *Population* 1996;51:813–844. Persée - Portail des revues scientifiques en SHS.
- Myers CK. Cooling Off or Burdened? The Effects of Mandatory Waiting Periods on Abortions and Births. *SSRN Electronic Journal* [Internet] 2021; Available from: <https://www.ssrn.com/abstract=3865459>.

- National Institute for Health Care Excellence. *Abortion care. NICE guideline* [Internet]. 2019;72. NICE: Manchester Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng140/resources/abortion-care-pdf-66141773098693>.
- Nelen V, Thys G, Coene M, Hermans A, Jacobs V, Den Hond E, Jacquemyn Y, Mulder T, Ende J van den. *Registratie van aangeboren afwijkingen. EUROCAT Provincie Antwerpen. Rapport 1989 – 2016* [Internet]. 2022;54. Provinciaal Instituut voor Hygiëne - Antwerpen ; EUROCAT: Antwerpen Available from: [https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dlm/pih/Eurocat%20rapport%202020\\_finaal\\_tg.pdf](https://www.provincieantwerpen.be/content/dam/provant/dlm/pih/Eurocat%20rapport%202020_finaal_tg.pdf).
- New Zealand, Law Commission. *Alternative approaches to abortion law: ministerial briefing paper*. [Internet]. 2018; Available from: <https://lawcom.govt.nz/sites/default/files/project/available-formats/Law%20Commission%20-%20ALR%20Ministerial%20Briefing%20Paper%20-%20FINAL.pdf>.
- Ngai SW, Tang OS, Lao T, Ho PC, Ma HK. Pregnancy: Oral misoprostol versus placebo for cervical dilatation before vacuum aspiration in first trimester pregnancy. *Human Reproduction* 1995;10:1220–1222.
- Nys H. De wet zwangerschapsafbreking: een terugblik en evaluatie vanuit juridisch perspectief. In Bodifee G, Schotsmans P, Nys H, editors. *Abortus na de wet* 1995; Davidsfonds: Leuven.
- Nys H. *Geneeskunde. Recht en medisch handelen*. 2016; Kluwer: Mechelen.
- Oliveira da Silva M. Reflections on the legalisation of abortion in Portugal. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2009;14:245–248. Taylor & Francis.
- Opgenhaffen T. *Vrijheidsbeperkingen in de zorg*. 2020; Intersentia.
- Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HAFM, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: Results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013;120:3–9.
- Pavard B. Genre et militantisme dans le Mouvement pour la liberté de l'avortement et de la contraception : Pratique des avortements (1973-1979). *Clio Femmes, genre, histoire* 2009;79–96.
- Pennings G. Reproductive tourism as moral pluralism in motion. *Journal of Medical Ethics* 2002;28:337–341. Institute of Medical Ethics.

Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. 'Accessibility and Availability of Abortion in six European countries. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* 2005;**10**:51–58.

Piret J. Avortement. *RPDB* 1964;Complément I: Bruylant: Brussel.

Ploem MC, Krol E, Asscher ECA, Floor T, Woestenburg NOM, Vathorst S van de, Gevers JKM, Winter HB. *Evaluatie: Regeling beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen*. 2022;199. ZonMw: Den Haag.

Ploem MC, Krol E, Floor T, Legemaate J, Gevers JKM, Winter HB. *Tweede evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. 2020; ZonMw: Den Haag.

Pryde PG, Drugan A, Johnson MP, Isada NB, Evans MI. Prenatal Diagnosis: Choices Women Make About Pursuing Testing and Acting on Abnormal Results. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 1993;**36**:496.

Purcell C, Brown A, Melville C, McDaid LM. Women's embodied experiences of second trimester medical abortion. *Feminism & Psychology* 2017;**27**:163–185. SAGE Publications Ltd.

Rahman A, Katzive L. Central and Eastern Europe: Recent Trends in Abortion Law Legal and Ethical Aspects of Abortion. *Medicine and Law* 1999;**18**:373–388.

Ralph LJ, Foster DG, Kimport K, Turok D, Roberts SCM. Measuring decisional certainty among women seeking abortion. *Contraception* 2017;**95**:269–278.

Raymond EG, Grimes DA. The Comparative Safety of Legal Induced Abortion and Childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology* 2012;**119**:215–219.

Raymond EG, Grossman D, Weaver MA, Toti S, Winikoff B. Mortality of induced abortion, other outpatient surgical procedures and common activities in the United States. *Contraception* 2014;**90**:476–479.

Regeling van de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 11 december 2015, kenmerk 885614-145412-PG, houdende instelling van een commissie voor de beoordeling van gemelde gevallen van late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen 2015; Available from: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0037570/2018-08-01>.

Requejo MT. The New Regulation of Abortion in Spain. *Eur J Health L* 2011;**18**:397–412.

Rhoden NK. Trimesters and Technology: Revamping Roe v. Wade. *The Yale Law Journal* 1986;**95**:639–697. The Yale Law Journal Company, Inc.

Rigaux M, Trousse P-E. *Les crimes et les délits du code pénal*. 1968; Bruylant: Brussel.

Roberts SCM, Turok DK, Belusa E, Combellick S, Upadhyay UD. Utah's 72-Hour Waiting Period for Abortion: Experiences Among a Clinic-Based Sample of Women. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2016;**48**:179–187.

Robertson J. Abortion and Technology: Sonograms, Fetal Pain, Viability, and Early Prenatal Diagnosis. *University of Pennsylvania Journal of Constitutional Law* 2011a;**14**:327-390.

Rocca CH, Kimport K, Roberts SCM, Gould H, Neuhaus J, Foster DG. Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States: A Longitudinal Study. *PLOS ONE* 2015;**10**:e0128832. Public Library of Science.

Rocca CH, Samari G, Foster DG, Gould H, Kimport K. Emotions and decision rightness over five years following an abortion: An examination of decision difficulty and abortion stigma. *Social Science & Medicine* 2020;**248**:112704.

Roegiers L. Prendre le temps. *Périnatalité* 2019;**11**:63–65. Lavoisier: Cachan.

Roets E, Dierickx S, Deliens L, Chambaere K, Dombrecht L, Roelens K, Beernaert K. Healthcare professionals' attitudes towards termination of pregnancy at viable stage. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2021;**100**:74–83.

Rowlands S, Thomas K. Mandatory Waiting Periods Before Abortion and Sterilization: Theory and Practice. *Int J Womens Health* 2020;**12**:577–586.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Fetal Awareness Evidence Review. 2022; Available from: <https://www.rcog.org.uk/media/gdtnncdk/rcog-fetal-awareness-evidence-review-dec-2022.pdf>.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Best practice in abortion care*. 2022;23. Royal College of Obstetricians and Gynecologists.

Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *The Care of Women Requesting Induced Abortion. Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. 2011;145. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: London.

RTBF. Comment le coronavirus affecte les avortements. 2020; Available from: <https://www.rtbef.be/article/comment-le-coronavirus-affecte-les-avortements-10468457>.

Ruault L. Emotions and embodiment as feminist practice in the free abortion movement in France (1972–1984). *European Journal of Women's Studies* 2021;**28**:320–336. SAGE Publications Ltd.

Rubin G. *Surveiller et jouir: anthropologie politique du sexe*. In Mesli R, editor. 2010; Epel: Paris.

Rutman D, Callahan M, Lundquist A, Jackson S, Field B. Intoxicants et grossesse: la place des femmes enceintes ou en âge de concevoir dans les politiques et le processus d'élaboration de celles-ci. 2022;

Salomons T v., Iannetti GD. Fetal pain and its relevance to abortion policy. *Nature Neuroscience* 2022;25:1396–1398. Nature Publishing Group.

Scholten BL, Page-Christiaens GCML, Franx A, Hukkelhoven CWPM, Koster MPH. The influence of pregnancy termination on the outcome of subsequent pregnancies: a retrospective cohort study. *BMJ Open* 2013;3:e002803. British Medical Journal Publishing Group.

Sedgh G, Bearak J, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Ganatra B, Rossier C, Gerdt C, Tunçalp Ö, Johnson BR, et al. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *The Lancet* 2016;388:258–267.

Shaffer BL, Caughey AB, Norton ME. Variation in the decision to terminate pregnancy in the setting of fetal aneuploidy. *Prenatal Diagnosis* 2006;26:667–671.

Shah IH, Åhman E. Unsafe abortion differentials in 2008 by age and developing country region: high burden among young women. *Reproductive Health Matters* 2012;20:169–173. Taylor & Francis.

Shaw D, Norman WV. When there are no abortion laws: A case study of Canada. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 2020;62:49–62.

Sheldon S, Davis G, O'Neill J, Parker C. The Abortion Act (1967): a biography. *Legal Stud* 2019;39:18–35.

Sheldon S, Wellings K. *Decriminalising abortion in the UK: what would it mean?* 2020; Policy Press: Bristol.

Sheldon S. Abortion law reform in Victoria: lessons for the UK. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2017;43:25–25.

Sheldon S. The Decriminalisation of Abortion: An Argument for Modernisation. *Oxford Journal of Legal Studies* 2016 ;36:334–365.

Siegel R. Sex Equality Arguments for Reproductive Rights: Their Critical Basis and Evolving Constitutional Expression. *Faculty Scholarship Series* [Internet] 2007 ; disponible sur <https://openyls.law.yale.edu/handle/20.500.13051/330>.

Simmat-Durand L. Grossesse et drogues illicites. *Déviance et Société* 2002;26:105–126. Médecine & Hygiène: Genève.

Sisson G, Ralph L, Gould H, Foster DG. Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion. *Women's Health Issues* 2017;27:136–144.

Smith A. Beyond Pro-Choice versus Pro-Life: Women of Color and Reproductive Justice. *NWSA Journal* 2005;17:119–140. The Johns Hopkins University Press.

Smith SK, Sousa MS, Essink-Bot M-L, Halliday J, Peate M, Fransen M. Socioeconomic Differences in Informed Decisions About Down Syndrome Screening: A Systematic Review and Research Agenda. *Journal of Health Communication* 2016;21:868–907. Taylor & Francis.

Society For Maternal-Fetal Medicine, Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists, U.S. Association For The Study Of Pain, 27 Scientific And Medical Experts. Amicus brief in support of respondents in *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*. 2021;

Soudais B. L'avortement "criminel" en Seine inférieure de 1830 à 1940: moeurs, sexualité et biopolitique à travers les archives judiciaires. 2016; Université de Rouen.

Stenvoll D. Norwegian politics of abortion: Perspectives, arguments, and values. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice* 2002;4:287–304.

Sung SI, Ahn SY, Yoo HS, Chang YS, Park WS. The Youngest Survivor with Gestational Age of 215/7 Weeks. *J Korean Med Sci* [Internet] 2017;33:.

Swennen F. De Meerderjarige Beschermde Personen (Deel II). *RWE* 2013;77:602–624. Intersentia.

Swennen F. Juridische grondslagen voor de strafrechtelijke immuniteit van de geneesheer, i.h.b. de vereiste van het therapeutisch oogmerk. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 1997;3–21.

Tabet P. *La grande arnaque: sexualité des femmes et échange économique-sexuel*. 2004; L'Harmattan: Paris Budapest Rorino.

Tack S, Balthazar T. Wettelijk kader voor instellingsbeleid inzake medische beslissingen aan het levenseinde. *Palliatieve zorg en euthanasie in België : evaluatie van de praktijk en de wetten* [Internet] 2011; , p. 61–90. Academic and Scientific Publishers (ASP) Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-1121982>.

- Tack S. *Het ethische beleid in zorginstellingen: rechtspositie van de beheerder, de arts, de patiënt en de overheid bij medische beslissingen rond het levenseinde*. 2013; Intersentia: Antwerpen.
- Thill B. Fetal Pain in the First Trimester. *Linacre Q* 2022;**89**:73–100. SAGE Publications Inc.
- Thomson JJ. A defense of abortion. *Philosophy and Public Affairs* 1971;**1**:8.
- Tingl f S, H gberg U, Lundell IW, Svanberg AS. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *Sexual & Reproductive Healthcare* 2015;**6**:50–53.
- Van Assche K. Geoorloofdheid van en informatieplicht over late zwangerschap-safbreking. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht* 2017;**2**:114–121.
- Van de Velde S, Van Eekert N, Van Assche K, Sommerland N, Wouters E. Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 2019;**51**:175–183.
- Van Look M. Abortus provocatus. Juridische status questionis en perspectieven. *TPR* 1974;
- Vandamme J. The decision to have an abortion in Flanders : a contextual approach. 2017; Ghent University Available from: <http://hdl.handle.net/1854/LU-8520620>.
- Vansweevelt T, De Meyer F, Van Assche K. De Abortuswet 2018: over symbolische verbeteringen en openstaande knelpunten. *TGZ* 2018;**2018**:220–233. Wolters Kluwer.
- Vansweevelt T. Abortus. In Vansweevelt T, Dewallens F, editors. *Handboek Gezondheidsrecht Volume II* 2022; Intersentia: Antwerpen.
- Velaers J. De Grondwet: Het federale België, het grondgebied, de grondrechten (artikel 1-32). *De Grondwet - Een artikelsgewijze commentaar Deel I - Het federale België, het grondgebied, de grondrechten* [Internet] 2019;; p. 53–652. die Keure / la Charte: Brugge Available from: <https://www.jurisquare.be/en/book/9789048635276/de-grondwet-het-federale-belgie-het-grondgebied-de-grondrechten-artikel-1-32/>.
- Veys MN. Abortus bij minderjarige en wilsonbekwame patiënten. De rol van de Wet Patiëntenrechten en de noodtoestand. 2007;**3**..
- Victorian Law Reform Commission, editor. *Law of abortion: final report 15*. 2008; Victorian Law Reform Commission: Melbourne, Vic.

- Villers S. *L'avortement et la justice, une répression illusoire ? : Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)* [Internet]. *L'avortement et la justice, une répression illusoire ? : Discours normatifs et pratiques judiciaires en Belgique (1918-1940)* [Internet] 2013; Presses universitaires de Louvain: Louvain-la-Neuve Available from: <http://books.openedition.org/pucl/769>.
- Visser MRM, Janssen AJGM, Enschede M, Willems AFMN, Braake ThAM te, Harmsen K, Smets EMA, Haes JCJM de, Gevers JKM. *Evaluatie Wet afbreking zwangerschap*. 2005;**318**. ZonMw: Den Haag.
- Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie. *Aanbeveling "Late zwangerschapsafbreking voor ernstige medische condities"*. 2020;**14**. VVOG: Sint-Niklaas.
- Warren MA. On the moral and legal status of abortion. *Monist* 1973;**57**:43–61.
- Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy—characteristics of women at risk. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2007;**86**:542–546.
- WHO. Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1977;**56**:247–253.
- Wicks E. A, B, C v Ireland: Abortion Law under the European Convention on Human Rights. *Human Rights Law Review* 2011;**11**:556–566. Oxford Academic.
- Wilkinson D, Crespigny L de, Xafis V. Ethical language and decision-making for prenatally diagnosed lethal malformations. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine* 2014;**19**:306–311.
- Woodcock S. Abortion Counselling and the Informed Consent Dilemma. *Bioethics* 2011;**25**:495–504.
- World Health Organization. *Abortion care guideline* [Internet]. 2022; World Health Organization: Geneva Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/361935>.
- World Health Organization. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. *Reproductive Health Matters* 2012;**20**:205–207.
- Zampas C, Gher JM. Abortion as a Human Right—International and Regional Standards. *Human Rights Law Review* 2008;**8**:249–294. Oxford Academic.

## Lijst van bijlagen

Zie apart bijlagendocument

- Bijlage I: Lijst van vragen van vertegenwoordigers van de Vivaldi-meerderheid aan het Wetenschappelijk Comité
- Bijlage II: Samenstelling van het wetenschappelijk comité en de werkgroepen
- Bijlage III: Notulen van de hoorzittingen met deskundigen en vertegenwoordigers uit het veld
- Bijlage IV: Eindverslagen van de werkgroepen
- Bijlage V: « Les valeurs d'autonomie, d'égalité et de justice reproductive », door Guy Lebeer et Florence Caeymaex