



Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen

Gezondheidsraad, 29 mei 2007



Deze publicatie verwoordt niet de mening van de Stichting Medische Ethiek. De tekst wordt weergegeven om een volledig beeld van de actuele discussie te geven. (webredactie SME)

Af en toe wordt er een kind geboren met een uiterst zorgwekkende gezondheid. Artsen en ouders kunnen dan voor de vraag komen te staan of het voor het kind niet beter is om te overlijden. Voor het staken van medische behandeling en voor het actief beëindigen van het leven van een pasgeborene zijn de afgelopen jaren zorgvuldigheidseisen ontwikkeld. Vorig jaar heeft de regering een deskundigencommissie ingesteld die deze eisen gaat toepassen bij het beoordelen van levensbeëindiging bij een pasgeborene die bij haar wordt gemeld. De Gezondheidsraad zet in een vandaag verschenen publicatie uiteen hoe die zorgvuldigheidseisen kunnen worden verduidelijkt.

Samenvatting van de publicatie

Overwegingen bij het beëindigen van het leven van pasgeborenen

Levensbeëindiging – het veroorzaken of bespoedigen van de dood door het toedienen van een middel met het doel het leven te bekorten – is strafbaar als doodslag of moord. Onder omstandigheden kan een arts die het leven van een pasgeborene beëindigt echter een beroep doen op overmacht in de zin van noodtoestand. Daarvan is sprake als het kind door een gebrekkige gezondheid ernstig lijdt of zal lijden, en de plicht van de arts om dat lijden te verlichten of te voorkomen zwaarder weegt dan zijn plicht het leven van het kind te behouden.

Vermoedelijk wordt jaarlijks enkele tientallen malen het leven van een pasgeborene beëindigd. Maar het wordt zelden gemeld. Dat heeft waarschijnlijk te maken met onduidelijkheid over de voorwaarden waaronder een beroep op overmacht wordt aanvaard. Om de duidelijkheid daarover te vergroten, hebben de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de minister van Justitie op 1 september 2006 een deskundigencommissie ingesteld. Het Openbaar Ministerie zal het oordeel van deze commissie over de levensbeëindiging betrekken bij zijn beslissing om de arts al dan niet te vervolgen.

Volgens de staatssecretaris en de minister kan de deskundigencommissie tot het oordeel komen dat de levensbeëindiging zorgvuldig is geweest als er naar medisch inzicht sprake was van uitzichtloos en ondraaglijk lijden van het kind; de ouders met de levensbeëindiging hebben ingestemd; de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en de prognose en zij samen tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin het kind zich bevond; de arts ten minste één andere onafhankelijke arts of een behandelteam heeft geconsulteerd; en de levensbeëindiging medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

Het is aan de deskundigencommissie deze criteria aan de hand van casuïstiek verder te ontwikkelen en te operationaliseren. In dit signalement worden algemene aandachtspunten voor dat proces in kaart gebracht. Zo worden enkele ethische knelpunten beschreven en wordt aangegeven hoe de medische wetenschap aan verduidelijking kan bijdragen.

Er bestaat in Nederland een zekere overeenstemming over dat levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen



soms aanvaardbaar kan zijn na een gerechtvaardigde beslissing om een behandeling niet in te stellen of te staken. Zo'n beslissing kan worden genomen omdat behandelen geen uitzicht biedt op overleven of omdat het latere leven een geringe kwaliteit zal hebben. Als het overlijden vervolgens niet op korte termijn volgt en daardoor een noodsituatie ontstaat, kan levensbeëindiging gerechtvaardigd zijn. De consensus die hierover in de jaren negentig onder artsen is gegroeid, is door de rechtspraak in de zaak-Prins en de zaak-Kadijk bekrachtigd.

Het meer recente Gronings Protocol is bedoeld voor een andere situatie, te weten levensbeëindiging buiten het kader van levensverlengend handelen. Aan het protocol ligt de gedachte ten grondslag dat, ongeacht of er eerder levensverlengend handelen heeft plaatsgevonden, een arts een bijzondere verantwoordelijkheid heeft voor het voortleven van een kind dat ernstig lijdt of een leven van ernstig lijden tegemoetgaat. In hoeverre daarover overeenstemming bestaat, is nog onvoldoende duidelijk. De rapporten die in de jaren negentig door of in samenwerking met vertegenwoordigers van de medische beroepsgroep zijn opgesteld, bieden voor levensbeëindiging buiten het kader van levensverlengend handelen geen steun. In de rechtspraak is het nog niet aan de orde gekomen. En of de staatssecretaris en de minister het aanvaardbaar achten is onzeker. Daarom verdient het aanbeveling dat over levensbeëindiging buiten het kader van levensverlengend handelen nadere gedachtevorming plaatsvindt en dat de medische beroepsgroep tot een actualisering van de eerdere rapporten komt.

Nederland is een van de weinige landen waar ongeveer bekend is hoe vaak en in welke situaties het leven van pasgeborenen wordt beëindigd. De gegevens daarover zijn afkomstig uit het evaluatieonderzoek naar de praktijk van en de toetsingsprocedure voor euthanasie. Toch is het inzicht in de Nederlandse praktijk nog niet optimaal. Dat heeft te maken met onduidelijkheid over het begrip 'levensbeëindiging' en met een gebrek aan informatie over de specifieke kenmerken van de gevallen waarin een middel is toegediend met het uitdrukkelijke doel het leven te bekorten.

In het evaluatieonderzoek wordt niet van levensbeëindiging gesproken als de pasgeborene ook zonder de toediening van het middel zou zijn overleden, als gevolg van het niet-instellen of staken van de behandeling waarvan hij voor overleven afhankelijk was. Daarmee lijkt te worden aangesloten bij de door veel artsen gehuldigde opvatting om niet van levensbeëindiging maar van stervensbegeleiding te spreken als de dood ook zonder het toedienen van het middel binnen enkele uren of dagen te verwachten is. Maar juridisch is ook dan het toedienen van een middel met het doel het levenseinde te bespoedigen levensbeëindiging, die moet worden gemeld. Ten behoeve van de transparantie van de besluitvorming is dat ook wenselijk. Er is alleen geen sprake van levensbeëindiging als er voor het middel een medische indicatie is, bijvoorbeeld als het wordt toegediend in het kader van medisch-professioneel te verantwoorden pijnbestrijding. Van de gevallen waarin na een niet-behandelbeslissing een middel is toegediend met het uitdrukkelijke doel het levenseinde te bespoedigen, is echter niet bekend in hoeverre dat op medisch-professioneel te verantwoorden gronden is gebeurd.

Om een goed beeld te krijgen van de frequentie van levensbeëindiging bij pasgeborenen verdient het aanbeveling het begrip 'levensbeëindiging' in de juridische betekenis te hanteren, namelijk als het toedienen van een middel met het doel het levenseinde te bespoedigen – ongeacht of daaraan een beslissing is voorafgegaan een (mogelijk) levensverlengende behandeling niet in te stellen of te staken. Daarnaast is meer inzicht nodig in de specifieke kenmerken van de gevallen van levensbeëindiging, zoals de gezondheidstoestand van het kind, de overwegingen van de arts en de aard, de dosering en de duur van eventuele medicatie

Volgens de beoordelingscriteria van de staatssecretaris en de minister kan levensbeëindiging aanvaardbaar zijn bij uitzichtloos en ondraaglijk lijden. Dat wordt in twee situaties denkbaar geacht. In de eerste situatie staat vast



dat het kind na enige tijd komt te overlijden, maar wordt de levensduur in verband met de ernst van het lijden bewust verkort. In de tweede situatie kan het kind blijven leven, maar is verbetering in de gezondheidstoestand uitgesloten, waardoor het geen enkel uitzicht heeft op een vorm van zelfstandig leven. De bewindslieden stellen echter ook dat alleen het actuele lijden de basis voor een beslissing tot levensbeëindiging vormt. Dit suggereert dat actueel lijden ook in de tweede situatie een noodzakelijke voorwaarde is voor levensbeëindiging.

Omdat actueel lijden bij uitstek een noodsituatie kan creëren voor de arts ligt het op zichzelf voor de hand om voor levensbeëindiging zulk lijden te vereisen. Maar er zijn ook argumenten om dat niet altijd te doen. Een arts heeft immers niet alleen de plicht om uit een ziekte of een stoornis voortkomend lijden te verlichten, maar ook om dergelijk lijden te voorkomen. Het is niet ondenkbaar dat er zich situaties voordoen waarin het leven van een kind met zulk ernstig lijden gepaard zal gaan, dat dat laatste voor de arts zwaarder weegt dan zijn plicht het leven te behouden. Hij kan het dan onverantwoord vinden met levensbeëindiging te wachten tot het moment dat het lijden zich manifesteert. Daarnaast is actueel lijden geen voorwaarde voor het nemen van een niet-behandelbeslissing. Als het wel voorwaarde is voor levensbeëindiging kan dat bij een arts die het risico wil vermijden verantwoordelijk te zullen zijn voor het in leven houden van een kind met een somber toekomstperspectief, tot terughoudendheid leiden bij het instellen van een levensverlengende behandeling.

In verband met deze overwegingen is nadere gedachtevorming over het vereisen van actueel lijden gewenst.

Niet-instellen of staken van levensverlengend handelen en levensbeëindiging kunnen volgens de bewindslieden onder meer aan de orde komen als wordt verwacht dat de toekomstige kwaliteit van het leven van het kind, zoals dat door het kind zelf zal worden ervaren, laag is. In Nederland wordt aangenomen dat een oordeel hierover kan worden gevormd aan de hand van de te verwachten mate van lijden, levensduur, zwaarte van het behandelingstraject, mogelijkheden tot communicatie, mogelijkheden tot zelfredzaamheid en mate van afhankelijkheid van het medisch zorgcircuit. Over het toepassen van deze aandachtspunten bestaat echter niet steeds consensus. Hun betekenis en gewicht vraagt daarom nadere aandacht.

Daarnaast is het, in verband met de beschermwaardigheid van het leven, wenselijk dat de prognose van de latere gezondheid en de inschatting van de betekenis daarvan voor het functioneren van het kind zoveel mogelijk op de wetenschappelijke literatuur worden gebaseerd. Maar zulk bewijs is schaars. Daarom is meer onderzoek gewenst naar de levensloop van kinderen die met een zorgwekkende gezondheid worden geboren. Ook verdient het aanbeveling dat de medische beroepsgroep gaat onderzoeken of het mogelijk is op basis van dergelijk onderzoek richtlijnen te ontwikkelen voor de besluitvorming bij specifieke aandoeningen.

Uitspraken over de toekomstige kwaliteit van leven van een kind zullen echter altijd met onzekerheid zijn omgeven. Dat noopt tot terughoudendheid bij besluitvorming over het niet-instellen of staken van levensverlengend handelen of over levensbeëindiging op die grondslag. Overigens doet dat niets af aan de ethische en juridische norm dat medisch handelen waarvan geen positieve bijdrage meer te verwachten valt, niet is toegestaan en dient te worden gestaakt.

Een van de voorwaarden voor levensbeëindiging is dat de arts en de ouders samen tot de overtuiging komen dat er geen redelijke andere oplossing is voor de situatie waarin het kind zich bevindt. In de discussie over levensbeëindiging bij pasgeborenen zijn alternatieve mogelijkheden om het lijden van het kind te verlichten tot dusverre onderbelicht gebleven. Het verdient daarom aanbeveling meer aandacht te besteden aan palliatieve sedatie en aan grotere terughoudendheid bij het instellen van een levensverlengende behandeling.

De deskundigencommissie toetst niet alleen levensbeëindiging bij pasgeborenen, maar oordeelt ook over afbreking van een zwangerschap na 24 weken, mits het kind een overlevingskans zou hebben gehad. Zulke late zwangerschapsafbreking is in principe strafbaar. Maar de arts kan een beroep op overmacht in de zin van



noodtoestand doen als het verzoek van de vrouw tot afbreking van de zwangerschap verband houdt met een ernstige aandoening van het kind. Volgens de staatssecretaris en de minister kan de commissie oordelen dat een arts de zwangerschap in zo'n geval zorgvuldig heeft afgebroken als van behandeling van de aandoening na de geboorte zal worden afgezien omdat die naar medisch inzicht zinloos is en er geen twijfel bestaat over de diagnose en de daarop gebaseerde prognose; bij het kind sprake is van actueel of te voorzien uitzichtloos lijden; de moeder uitdrukkelijk heeft verzocht om beëindiging van de zwangerschap omdat zij lichamelijk of psychisch onder de situatie lijdt; de arts de ouders volledig op de hoogte heeft gesteld van de diagnose en de prognose en zij samen tot de overtuiging zijn gekomen dat er geen redelijke andere oplossing was voor de situatie waarin het kind zich bevond; de arts ten minste één andere onafhankelijke arts of een behandelteam heeft geconsulteerd; en de afbreking van de zwangerschap medisch zorgvuldig is uitgevoerd.

Met actueel lijden van een ongeborene wordt bedoeld op foetale pijn. Omdat de pijnbeleving van foetussen en de mogelijkheden om zulke pijnbeleving te meten met onzekerheid zijn omgeven, is meer onderzoek daarnaar gewenst. Het vaststellen van te voorzien uitzichtloos lijden kan gebeuren aan de hand van dezelfde aandachtspunten die worden gehanteerd bij besluitvorming over levensverlengend handelen en levensbeëindiging bij een pasgeborene. De in die context genoemde onduidelijkheden en onzekerheden zijn echter ook hier aanwezig en vragen dus ook in dit kader om nadere gedachtevorming en onderzoek.

Volledige tekst van de publicatie van de Gezondheidsraad

Excommunicatie bij abortus blijft spelen

Katholiek Nieuwsblad, 25 mei 2007

KatholiekNieuwsblad

De vragen rond de excommunicatie van pro-abortuspolitici blijven spelen, ondanks de merkwaardige gang van zaken rond de uitspraken van paus Benedictus XVI tijdens zijn reis naar Brazilië. In een gesprek met het Population Research Institute heeft kardinaal Oscar Andres Rodriguez Maradiaga van Tegucigalpa gezegd dat pro-abortuspolitici geen communie mogen ontvangen.

In een interview met Time magazine stemt de kardinaal in met de uitspraak van de paus dat pro-abortuspolitici excommunicatie verdienen. "Het is kerkelijk wet dat iedereen die voor abortus ijvert geëxcommuniceerd is. Dat heeft de paus niet uitgevonden. Als je voor abortus bent, sta je buiten de gemeenschap van de Kerk. Het was noodzakelijk dat te zeggen. Er zijn in Mexico mensen die zeggen: 'Ik ben katholiek en ik steun het recht op abortus.' Dat is absoluut met elkaar in tegenspraak. Als leraar van de Kerk heeft de paus de verantwoordelijkheid iets te zeggen wanneer iets fout gaat."

Op de vraag of hij ermee instemt dat politici de communie wordt onthouden, zegt Maradiaga: "Dat is een ander punt. Want wie ben ik om iemand de heilige communie te weigeren? Dat kan ik niet. Het is de traditie van de moraaltheologie dat zelfs wanneer ik weet dat iemand in zware zonde leeft, ik geen publieke actie tegen hem mag nemen. Dat zou een schandaal wekken. Ja, hij zou zelf niet [ter communie] moeten gaan, maar ik kan het hem niet onthouden."

Later zei de kardinaal in een interview met CNA dat zijn uitspraken anders moeten worden verstaan. "Een politicus die openlijk abortus steunt, excommuniceert zichzelf. Het is geen kwestie van ter communie gaan of niet. Hij heeft al zware schade toegebracht aan de kerkelijke geloofsgemeenschap, aan de gemeenschap van



het morele leven, en daarom stelt de persoon een daad die tegengesteld is aan wat hij zegt te geloven", aldus de kardinaal.

"Dat betekent dat wij het hebben over een persoon die een afgebroken tak is geworden van de levensboom van de Kerk. Een dorre tak die zijn vitale levenssap heeft verloren en iets doet wat een leugen is. Iemand die tegen het leven is en duidelijk ingaat tegen de boodschap van de Heer, zoals een voorstander van abortus, kan niet in gemeenschap zijn met de heilige Moederkerk."

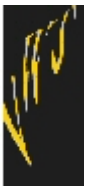
"Daarom, indien iemand het verlangen ter communie te gaan misbruikt als rechtvaardiging, is dat het slechtste wat je kunt doen, omdat hij een daad stelt die tegenspreekt wat men zegt te geloven", stelt de kardinaal.

Bovendien "stelt een recente verklaring van de Heilige Stoel duidelijk dat wanneer alle voorzorgsmaatregelen hebben gefaald, of niet mogelijk waren, en de persoon in kwestie met obstinate volharding ter communie wil gaan, de bedienaar van de heilige communie die moet weigeren". (KN/CNA)

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Lichte daling van euthanasiemeldingen

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 23 mei 2007



Het aantal meldingen van levensbeëindiging is vorig jaar licht gedaald van 1.933 naar 1.923.

In 1765 gevallen ging het om euthanasie, in 132 gevallen om hulp bij zelfdoding en 26 keer betrof het een combinatie van beide. Dit blijkt uit het jaarverslag over 2006 van de regionale toetsingscommissies euthanasie dat vandaag is gepubliceerd.

Volgens de toetsingscommissies volgden de artsen in bijna alle gevallen de regels. In 2006 is in één geval geoordeeld dat de arts niet volgens de zorgvuldigheidseisen heeft gehandeld. Deze zaak is doorgezonden aan het College van procureurs-generaal en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

De levensbeëindiging vond in 1528 gevallen thuis plaats, 145 keer in een ziekenhuis, 79 keer in een verpleeghuis, in 79 gevallen in een verzorgingshuis en 70 keer elders (bijvoorbeeld in een hospice of bij familie). In verreweg de meeste gevallen ging het om kankerpatiënten.

[Volledige tekst van het jaarverslag 2006](#)

Wetenschap

[Katholiek Nieuwsblad, 11 mei 2007](#)

door Jan Peeters

[KatholiekNieuwsblad](#)



“De onafhankelijkheid van wetenschappers is een zaak van wetenschappers zelf”, stellen Alexander Pechtold en Fatma Koser Kaya in een opiniebijdrage in Trouw. Zij hekelen daarin de bezwaren van het CDA tegen het onderzoek dat het Rathenau Instituut wil doen naar het draagvlak onder de bevolking voor embryonaal stamcelonderzoek.

De D66-partijleider en het Kamerlid begaan de klassieke vergissing de objectieve eisen van de wetenschap en de objectiviteit van wetenschappers door elkaar te halen. Zoals sommigen menen dat medici door hun nobele medische beroep ‘betere’ mensen zouden zijn.

Uiterekend stamcelonderzoek is big business. De mega-investeringen geven al aan dat er vette handel in zit. En aanzien voor de wetenschapper die de eerste spectaculaire toepassingen weet te realiseren. Stamcelonderzoek, horen wij al jaren, zal ‘straks’ zeer ernstige aandoeningen tot het verleden doen behoren.

Je vraagt je dan af waarom onderzoekers als Paolo de Coppi en Anthony Atala zeven jaar lang met de onderzoeksresultaten naar het winnen van stamcellen uit vruchtwater moesten leuren om die gepubliceerd te krijgen. Geen van de wetenschappelijke bladen, op Nature Biotechnology na, wilde eraan beginnen. Geen wonder, aldus De Coppi. Die bladen worden zwaar gesponsord door grote, hoofdzakelijk Amerikaanse concerns die gigantische bedragen hebben geïnvesteerd in embryonaal stamcelonderzoek waarvan de resultaten nog altijd mager zijn. De ethisch onbelaste winning van stamcellen uit vruchtwater, navelstreng en placenta is verhoudingsgewijs goedkoop en heeft bovendien tot meer concrete resultaten geleid.

De kapitaalkrachtige lobby om het menselijk embryo vogelvrij te verklaren heeft verstrekkende maatschappelijke gevolgen. Het nuttigheidsdenken heeft er onlangs in Groot-Brittannië toe geleid dat embryo's mogen worden gescreend en gedood wegens scheelheid.

Een “mijlpaal”, aldus prof. Gedis Grudzinskas van de Bridge Centre Family Clinic in Londen. In principe kan nu iedere ‘gezinsbelastende afwijking’ worden opgespoord en geëlimineerd, verklaarde hij deze week in de pers. Ja, zelfs wegens rood haar. “Want dat kan een reden zijn tot pesten en dat kan leiden tot zelfmoord”, aldus Grudzinskas.

De controlerende overheidsinstantie, de HFEA, bevestigt ieder screeningsverzoek serieus te nemen. Tot vorig jaar mochten embryo's alleen op levensbedreigende aandoeningen worden getest en geëlimineerd.

Gezien dit denken is het zonneklaar dat de nieuwste prenatale pink or blue-test, die vanaf de zesde week uitwijst of het een jongetje of meisje wordt, de vraag naar eliminering van een ongewenst type nageslacht zal doen toenemen.

Je verwacht van politici dat zij deze ‘nazificering van het particuliere’, en uiteindelijk van de samenleving, doorzien en proberen te blokkeren. Het algemeen belang, toch het doel van de politiek, gaat echter aan sommige politici volledig voorbij.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Een alternatief voor anticonceptie en abortus

Katholiek Nieuwsblad, 11 mei 2007

door Luc Kiebooms, arts te Genk

KatholiekNieuwsblad



Er moet veel meer aandacht komen voor het bevorderen van de vruchtbaarheidsbeleving van vrouwen én mannen. Die kan bijdragen aan stabielere gezinslevens en een verkleining van het 'abortusdrama'.

Ruim 33.000 abortussen geregistreerd in Nederland en zo'n 18.000 in België is niet niks. De Nederlandse cijfers zijn dan nog opgepoetst door de 'overtijdbehandeling'. In harde euro's uitgedrukt zijn de kosten voor abortus in België jaarlijks vijf miljoen euro voor verwijzingen naar o.a. Nederland voor ongeveer 20.000 abortussen. Tegelijk wordt 15 miljoen euro uitgegeven aan medisch geassisteerde vruchtbaarheidsbehandelingen, goed voor 2000 kinderen per jaar. Dit is de prijs van 'zelfbeschikking': het nutteloos vernietigen van tienmaal zoveel kinderen dan er met veel inspanningen en kosten tot leven worden gebracht (overigens ook ten koste van de vernietiging van minstens 10.000 embryo's).

Lichtzinnig

De 'noodsituatie' is herleid tot 'een vrouw die geen kind wil'. Misschien moet toch wat scherper onder de aandacht worden gebracht dat ondanks de massale propaganda voor en het gebruik van anticonceptie nog steeds de helft van de vrouwen die om een abortus verzochten, geen anticonceptie had gebruikt, terwijl de andere helft zegt dat die niet werkte. Dit leren de werkzaamheden van een Belgische parlementaire commissie. Het is dus niet bewezen dat 'anticonceptie abortus terugdringt'. Het tegendeel wordt vastgesteld in de cijfers. Trouwens, de instructies op gebied van gebruik van anticonceptie in de abortuscentra zelf lijken de inefficiëntie aan te tonen, gezien het recidief karakter van abortus: veel vrouwen ondergaan het tweemaal en zelfs driemaal. Waarom wordt anticonceptie dan aangeprezen als dé (enige) oplossing? Waarom wordt het gebruik van anticonceptie gelijkgesteld met een verantwoorde vruchtbaarheidsbeleving?

In de (Belgische) parlementaire commissie werd daarom een bijkomend advies aan het anticonceptiegebruik toegevoegd. Deze bestaat uit twee facetten: enerzijds het algemeen aanleren bij jonge meisjes en vrouwen van vruchtbaarheidsbewustzijn en verantwoord ermee omgaan, anderzijds een grondige evaluatie van de counseling die met name een waardig alternatief voor abortus moet aanbieden, zoals de wet voorschrijft.

Dit advies gaat uit van de vaststelling dat 96,5 procent van de vrouwen die zich voor een eerste consult in een abortuscentrum meldt, ook effectief een abortus ondergaat. Nochtans zouden daar twee aspecten, vrije wil en een alternatief voor abortus, grondig moeten worden doorgenomen.

Hoe vrij zijn deze vaak buitenlandse vrouwen die door mannen worden gedwongen? Welk alternatief wordt aangeboden voor de grootste groep die zich bijvoorbeeld in financiële of relationele moeilijkheden bevindt? Hoe verklaart men de belangrijke toename van abortus van een tweede kind?

De lichtzinnige verwijzing door huisartsen die zelfs de moeite niet nemen de 'vrije wil' van de vrouw te onderzoeken, noch een echt alternatieve oplossing voor abortus te vinden, is dramatisch.

Eerbied

Vruchtbaarheidsbewustzijn betekent een individuele begeleiding die het meisje ertoe brengt haar eisprong en de vruchtbaarheid echt te ervaren. Dit moet ingebed zijn in een klimaat van eerbied voor de vruchtbaarheid als gave en opgave. Ook de jongens moeten erbij betrokken worden, opdat ze op een positieve manier vruchtbaarheid benaderen. Dit houdt in dat elk meisje echt haar verantwoordelijkheid over haar eigen vruchtbaarheid kan en dan ook moet opnemen. We zijn hier ver van het huidige model van anticonceptiepropaganda en doe-maar-raak-zolang-het-geen-kwaad-kan, lees: zwangerschap veroorzaakt.

Het spijtige is dat de overgrote meerderheid van opvoeders en ook geneesheren slechts pil en condoom kennen, en niet in staat zijn individuele begeleiding voor vruchtbaarheidsbewustzijn te verschaffen. Ook binnen onze gezinnen is deze kennis niet aanwezig omdat vrouwen en moeders vanaf het prille begin als het ware worden volgestopt met de pil. Dit belet uiteraard alle toegang tot het verantwoord samen beleven van de eigen



vruchtbaarheid in het jonge gezin. Nochtans zou deze (positief) beleefde ervaren vruchtbaarheid gunstig kunnen inwerken op de vrouwen die zich aanbieden voor abortus en die hoe dan ook geen anticonceptie namen of zullen nemen. Verder kan een dergelijk vruchtbaarheidsbewustzijn aanleiding zijn tot voortdurende dialoog met de partner, liefst man of vader, over een bewust samen beleven van de vruchtbaarheid, op verantwoorde wijze en met eerbied voor elkaars lichaam. Zo kan Natural Family Planning (zie www.nfp.be of www.nfp-europe.org) een bijdrage zijn tot een stabiel gezinsleven en, laat ons hopen, tot een verkleining van het abortusdrama.

De omvang van abortus en de banalisering ervan bedreigen de leefbaarheid van onze samenleving. Dan spreken over een 'recht' ligt toch wel erg moeilijk. Dan een project 'abortusboot' opzetten, is al helemaal niet te verstaan. Bovengeschetst alternatief is niet gemakkelijk en strijkt tegen de haren in, maar verder afglijden zal met het huidige aanbod niet worden tegengegaan. In tegendeel.

Overgenomen met toestemming van [Katholiek Nieuwsblad](#).

Kwart Nederlanders voelt niets voor orgaandonatie

Persbericht NIVEL, 11 mei 2007

Nabestaande doorslaggevend bij beslissing over orgaandonatie

Bij donatie is de toestemming van nabestaanden cruciaal. Vaak bepalen zij of een overledene donor wordt of niet. De meerderheid van de Nederlanders vindt ook dat nabestaanden om instemming gevraagd moet worden.

Iedere orgaandonor kan twee patiënten helpen aan een nieuwe nier. Maar, terwijl nog steeds veel mensen op de wachtlijsten staan voor een donororgaan (per 1 mei 1421) neemt het aantal donoren de laatste twee jaren af. Met subsidie van de Nierstichting, de Nederlandse Transplantatievereniging en de Nederlandse Transplantatiestichting deed het NIVEL (Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg) een onderzoek naar de mogelijke effecten van invoering van een actief registratiesysteem. Het onderzoek bestond uit een schriftelijke enquête onder 1090 leden van het Consumentenpanel Gezondheidszorg. Aan hen werd ondermeer gevraagd hoe zij denken als nabestaande te zullen reageren als een arts hen vraagt of ze willen instemmen met donatie.

Actieve registratie

Een van de belangrijkste kenmerken van een actief registratiesysteem is dat mensen die niet in het donorregister staan twee brieven ontvangen waarin hen de mogelijkheid wordt geboden om zich alsnog te laten registreren. Als ze uiteindelijk niet reageren, dan worden ze geregistreerd als donor. Hierdoor worden meer mensen geregistreerd als donor dan in het huidige systeem. De introductie van een systeem van actieve donorregistratie kan volgens de onderzoekers inderdaad leiden tot een toename van het aantal donoren, maar ze plaatsen wel kanttekeningen. NIVEL-onderzoeker Roland Friele: "Het onderzoek is gebaseerd op hoe mensen zeggen te reageren. Of dat in werkelijkheid ook zo zal zijn, is niet zeker. Ook is niet te voorspellen, hoe een verandering van systeem bij de bevolking zal vallen." Uit het onderzoek blijkt dat de helft van de mensen voorstander is van het huidige beslisstelsel, terwijl de andere helft voorstander is van een actief registratiesysteem of van een systeem waarin iedereen die niet staat geregistreerd automatisch donor is.

Nabestaanden

Bovendien spelen ook de nabestaanden een belangrijke rol. Nabestaanden hebben een doorslaggevende



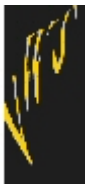
invloed op de uiteindelijke beslissing, ook in de landen met een ander beslissysteem dan het Nederlandse. Hierdoor resulteert toestemming of veronderstelde toestemming van de donor niet altijd in donatie. Hoe de nabestaanden denken over donatie, blijft dus een belangrijke factor. De communicatie van artsen en verpleegkundigen met nabestaanden is dus essentieel.

Afnemende instemming

Een bijkomende ontwikkeling lijkt de afnemende bereidheid om in te stemmen met donatie. In 2004 is hetzelfde onderzoek ook al een keer uitgevoerd. Toen zei 40% van de mensen, dat ze als nabestaanden zouden instemmen met donatie als, in het huidige beslissysteem, de wens van de overledene niet bekend is. In 2007 daalde dat tot 30%. Friele: "Dat is een zorgelijke ontwikkeling, gezien het grote aantal patiënten op de wachtlijst voor een donororgaan."

Minder gevallen van euthanasie in Nederland

Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport, 10 mei 2007



Het aantal gevallen van euthanasie is tussen 2001 en 2005 gedaald van bijna 4.000 naar bijna 2.500. Dit blijkt uit een onderzoek naar de Euthanasiewet.

Uit het onderzoek blijkt ook dat artsen vaker gevallen van euthanasie melden. Het meldingspercentage is gestegen van 54 naar 80 procent. Staatssecretaris Bussemaker: 'Dat zegt wel iets over het zorgvuldig handelen van artsen.'

De cijfers staan in het rapport over de evaluatie van de Euthanasiewet, dat vandaag door onderzoeksinstituut ZonMw is aangeboden aan staatssecretaris Bussemaker van VWS en aan minister Hirsch Ballin van Justitie. Artsen leven de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie bijna altijd goed na, zo blijkt.

Het aantal uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding is gedaald van 9.700 in 2001 naar 8.400 in 2005. Deze en andere cijfers staan in een gezamenlijk persbericht van de betrokken organisaties en het ministerie van VWS.

*Volgende pagina: toespraak dr. J. Bussemaker bij de inontvangstname van het evaluatierapport Euthanasiewet
Pagina 3: Persbericht ministerie VWS n.a.v. het Evaluatierapport Euthanasiewet
Volledige tekst Evaluatie Euthanasiewet ZonMw*

Euthanasiewet: wezenlijke veranderingen niet nodig

Toespraak dr. J. Bussemaker, staatssecretaris van VWS, 10 mei 2007

De Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, beter bekend als de Euthanasiewet, voldoet over het geheel genomen aan de gestelde doelen. Wezenlijke veranderingen in wet of beleid zijn dan ook niet nodig. Dat blijkt uit de evaluatie van de wet, die staatssecretaris Bussemaker vandaag in ontvangst



nam. Zij zei blij te zijn met de uitkomsten van de evaluatie. 'Want dat geeft aan dat de Euthanasiewet in zijn technische uitvoering adequaat is'. De volledige tekst van haar reactie staat hieronder.

Allereerst natuurlijk hartelijk dank voor deze evaluatie. Het is de eerste evaluatie van de Wet toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding, beter bekend als de Euthanasiewet, na de invoering ervan in 2002.

De belangrijkste uitkomst van deze evaluatie vind ik dat 80 procent van de gevallen van euthanasie wordt gemeld. Dat is een duidelijke en wat mij betreft ook verheugende stijging van het aantal geregistreerde meldingen ten opzichte van zes jaar geleden, toen dat percentage op 54 lag. Artsen hebben in meerderheid aangegeven dat de wet hun rechtszekerheid heeft verbeterd en bijdraagt aan zorgvuldigheid bij het levensbeëindigend handelen. Ik concludeer daaruit dat de wet op dit punt over het algemeen aan z'n doelstellingen en verwachtingen voldoet.

Opvallend is ook dat het meldingspercentage zelfs 99 procent is als artsen typische euthanasiemiddelen als barbituraten of spierverslappers gebruiken. Dat neemt niet weg dat op dit moment nog 20 procent van alle uitgevoerde gevallen van levensbeëindiging op verzoek niet wordt gemeld. Reden om niet te melden is bijna altijd dat de arts vindt dat er eigenlijk vooral sprake is van verlichting van het lijden bij een stervende patiënt. Kennelijk is nog niet voor alle artsen duidelijk wanneer er precies sprake is van euthanasie en wanneer niet.

Ik las ook dat het aantal keren dat de vijf Regionale Toetsingscommissies de behandelend arts om een nadere toelichting vroegen erg laag is. Dat gebeurt in zes procent van de gemelde gevallen van euthanasie. En per jaar wordt het oordeel 'onzorgvuldig' slechts een enkele keer gegeven. Dat zegt wel iets over het zorgvuldig handelen van artsen en ook over de conclusie dat de wet lijkt te voldoen.

Verder viel mij op dat het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is gedaald: van 3500 in 2001 naar 2325 in 2005. Dat heeft deels te maken met een daling van het totale aantal sterfgevallen in 2005 ten opzichte van 2001, maar ook in percentages uitgedrukt is het een daling van 2,6 naar 1,7.

Maar volgens een meerderheid van de geraadpleegde artsen is er ook een duidelijke relatie met de verbetering van de palliatieve zorg in Nederland. Dat sterkt mij in de overtuiging dat palliatieve zorg in ons land op een hoog peil staat.

Dat heb ik zelf kunnen zien tijdens een aantal werkbezoeken aan instellingen voor palliatieve zorg. Ik ben zeer onder de indruk geraakt van het werk en de inzet van zowel professionals als vrijwilligers bij het begeleiden van mensen in de laatste fase van hun leven én bij hun sterven. Door mensen in de laatste fase van hun leven bij te staan, vergroot je hun kwaliteit van leven.

Ik vind dat de kwaliteit van leven en van sterven van de patiënt centraal moet staan. Het bestaan van palliatieve zorg is, hoe mooi en belangrijk ook, in zichzelf daarom geen reden om iemand euthanasie te weigeren. In de eindfase van het leven is het aan de patiënt in samenspraak met de arts om vorm te geven aan het stervensproces. Euthanasie kan voor sommige mensen in overleg met de arts een waardig sluitstuk zijn. Al wijzen de onderzoekers er terecht en nadrukkelijk op dat een patiënt op grond van de wet geen recht heeft op euthanasie, al wordt dat wel vaak zo ervaren.

Hoewel er op onderdelen dus nog wel iets te verbeteren valt, zo concluderen de onderzoekers, voldoet de wet over het geheel genomen aan de gestelde doelen. Wezenlijke veranderingen in wet of beleid zijn dan ook niet nodig, volgens de onderzoekers. Daar ben ik uiteraard blij om. Want dat geeft aan dat de Euthanasiewet in zijn technische uitvoering adequaat is. Er is dan ook, zoals de onderzoekers terecht opmerken, in Nederland geen sprake van een 'hellend vlak' als het gaat om euthanasie en hulp bij zelfdoding. De maatschappelijke steun voor



de wet in ons land lijkt groot. Dat spoort ook met de uitkomsten van de evaluatie.

Dat laat onverlet dat ik de aanbevelingen die in de evaluatie zijn genoemd zeer ter harte neem. Later dit jaar komt er een kabinetsstandpunt. Daarin zullen wij aangeven welke maatregelen wij eventueel nemen naar aanleiding van deze evaluatie.

Het zou dan bijvoorbeeld kunnen gaan om meer scholing van artsen over de effecten en neveneffecten van morfine en andere middelen bij levensbeëindigend handelen. En misschien is het ook wel raadzaam om, zoals de onderzoekers aanbevelen, meer aandacht te besteden aan de Euthanasiewet tijdens de artsenopleiding. Daar valt volgens het onderzoek nog het één en ander aan te verbeteren.

Ik wil er tenslotte, mede namens mijn collega Hirsch Ballin van Justitie, nog even nadrukkelijk op wijzen dat de regeringspartijen in het coalitieakkoord hebben afgesproken dat de huidige wetgeving en de praktijk op het gebied van euthanasie ongewijzigd zal blijven.

Het kabinet heeft dan ook geen plannen om de wet of de uitvoeringspraktijk op cruciale onderdelen aan te passen. Het is goed om te weten dat het onderzoek bevestigt dat dat niet nodig is. Maar als er op sommige punten nog iets te verbeteren of te verduidelijken valt, dan zullen wij daar in een definitief standpunt zeker aandacht aan besteden.

Persbericht

Daling aantal gevallen euthanasie; stijging meldingspercentage

Het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding was in 2005 lager dan in 2001. Het percentage gevallen van euthanasie dat artsen melden is aanzienlijk gestegen en de artsen blijken in vrijwel alle gemelde gevallen de zorgvuldigheidseisen voor euthanasie na te leven. Dit concluderen de onderzoekers in het rapport over de evaluatie van de Euthanasiewet, dat vandaag door Henk J. Smid van ZonMw is aangeboden aan staatssecretaris Bussemaker van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan minister Hirsch Ballin van Justitie.

In 2005 waren er circa 2.325 gevallen van euthanasie en 100 gevallen van hulp bij zelfdoding. In 2001 ging het nog om circa respectievelijk 3.500 en 300 gevallen. Het aantal uitdrukkelijke verzoeken om euthanasie of hulp bij zelfdoding is gedaald van 9.700 in 2001 naar 8.400 in 2005. Het aantal gevallen van palliatieve sedatie steeg van 8.500 naar 9.600. Waarschijnlijk verklaart de stijging van palliatieve sedatie voor een deel de daling van het aantal gevallen van euthanasie en hulp bij zelfdoding. Het meldingspercentage door artsen van euthanasie en hulp bij zelfdoding is in 2005 met 80% aanzienlijk hoger dan in 2001 (54%). Reden om niet te melden is bijna altijd dat de arts vindt dat er eigenlijk vooral sprake is van verlichting van het lijden bij een stervende patiënt. Het achterwege laten van een melding gebeurt vrijwel nooit om de reden dat een arts denkt niet aan de zorgvuldigheidseisen te hebben voldaan, of omdat een arts principiële bezwaren tegen melden heeft.

Zorgvuldigheid

Artsen vinden dat de invoering van de Wet Toetsing levensbeëindiging op verzoek en hulp bij zelfdoding (WtI) in 2002 hun rechtszekerheid heeft verbeterd en heeft bijgedragen aan de zorgvuldigheid van levensbeëindigend handelen. Zij blijken in vrijwel alle gemelde gevallen de gestelde zorgvuldigheidseisen na te leven. Gezamenlijk geven de vijf Regionale Toetsingscommissies euthanasie (RTe's) die dit controleren gezamenlijk gemiddeld slechts vijf maal per jaar het oordeel 'onzorgvuldig' over een melding. Deze zaken geven zij door aan het Openbaar Ministerie. Artsen vinden in het algemeen dat er goed te werken is met de zorgvuldigheidseisen. Beoordelen of er sprake is van 'ondraaglijk lijden' vinden zij nog wel eens lastig, onder meer doordat deze eis in de wet niet nader wordt ingevuld. Het voordeel van het gebruik van een dergelijke open term in de wet is echter dat dit ruimte laat voor zich ontwikkelende opvattingen in de samenleving.



Euthanasieverklaringen

Een belangrijke aanbeveling uit het onderzoek is dat er betere voorlichting zou moeten komen over de mogelijkheden en beperkingen van euthanasieverklaringen. Daarover bestaan bij zowel artsen als het publiek nog wel eens misverstanden. Patiënten die een dergelijke verklaring hebben opgesteld kunnen bijvoorbeeld ten onrechte de verwachting hebben dat zonder meer tot euthanasie zal worden overgegaan als de in de verklaring aangegeven situatie zich voordoet.

Instellingsbeleid

Ruim tweederde van de Nederlandse gezondheidszorginstellingen heeft op dit moment een schriftelijk beleidsstandpunt voor euthanasie en hulp bij zelfdoding, maar hiervan worden artsen, verpleegkundigen en andere betrokkenen niet altijd op de hoogte gebracht. De onderzoekers pleiten er dan ook voor dat gezondheidszorginstellingen beleid over euthanasie en hulp bij zelfdoding pro-actief bekend maken bij hun medewerkers.

De evaluatie van de Euthanasiewet werd in opdracht van het ministerie van VWS en onder auspiciën van ZonMw uitgevoerd door onderzoekers van VU medisch centrum, Erasmus MC, AMC en UMC Utrecht, in samenwerking met het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).

Dood op bestelling

Tertio, 2 mei 2007

door Peter Vande Vyvere



Geloven in mensen. Hij klinkt haast sacraal, de titel van het ontwerp van het Open VLD-verkiezingsprogramma. De eerste bladzijden van het document handelen over ethische thema's en houden de gewijde toon aan. "Open VLD zal niet in een regering stappen die inzake abortus, euthanasie, nieuwe samenlevingsvormen of andere ethische thema's een stap terug wil doen," luidt het in resolutie 1.4 onder het kopje 'ethische grondrechten'. Bovendien vindt de partij dat iedereen die mee door de overheid wordt vergoed om bij te dragen aan de uitvoering van die wetten, verplicht is eraan mee te werken. Niemand kan gewetensbezwaren inroepen, behalve "in zaken van leven en dood op voorwaarde dat men de betrokken persoon in contact brengt met een collega". Open VLD wil dus dat alle – ook katholieke – verzorgingsinstellingen in de mogelijkheid van euthanasie voorzien, al staat dat er niet letterlijk.

In elk geval bevat de geciteerde passage een onverholven pleidooi voor de wijziging van de euthanasiewet van 28 mei 2002. Een wijziging in de vorm van een verruiming, wel te verstaan: Open VLD wil euthanasie kennelijk tot een 'grondrecht' verheffen. Vandaag is euthanasie zelfs geen subjectief recht of patiëntenrecht, laat staan een grondrecht. De huidige wetgeving blijft euthanasie principieel verbieden, maar neemt onder bepaalde voorwaarden het strafbaar karakter weg, als het om een medisch uitzichtloze toestand gaat met ondraaglijk fysiek of psychisch lijden door een ongeval of een ziekte.

In de wet staat tevens letterlijk dat geen arts kan worden gedwongen euthanasie toe te passen. Tijdens de voorbereidende parlementaire werkzaamheden van de kamercommissie justitie verklaarde de toenmalige volksvertegenwoordiger Fred Erdman (SP.A) uitdrukkelijk dat ook een instelling niet kan worden verplicht euthanasie 'aan te bieden'. Euthanasie is geen normale medische handeling. Dat argumenteerde de KU Leuven-hoogleraar en medisch jurist Herman Nys overtuigend. En dus zijn artsen en ziekenhuizen vrij euthanasie al dan



niet toe te passen.

De Broeders van Liefde, enkele congregatieve ziekenhuizen en sommige Caritasvoorzieningen kiezen er vandaag voor geen euthanasie in hun instellingen plaats te laten vinden. Ze opteren voor een doorgedreven palliatieve zorg. Het is heel belangrijk dat standpunt bij de opname duidelijk te communiceren, zodat patiënten niet voor verrassingen komen te staan en weten waarvoor ze kiezen.

Wettelijk noch ethisch is tegen zo'n houding iets in te brengen. Katholieke (of andere) instellingen die bezwaren tegen euthanasie hebben, doen er alles aan om mensen niet onnodig te laten lijden en het levenseinde zo comfortabel mogelijk te maken. Als de patiënt om euthanasie blijft aandringen, is dat vanzelfsprekend een pijnlijke zaak. Voor iedereen: patiënt, familie en verzorgenden. Dan zijn gezond verstand, grote tact en blijvende steun meer dan nodig.

Het is oneerlijk, maar zo typisch, dat soort uitzonderingen aan te grijpen om een ideologische doorbraak te forceren in de richting van totale zelfbeschikking. Ideologie blijkt in de concrete praktijk van beslissingen over het levenseinde trouwens vaak minder relevant dan gedacht. Het komt er in die beslissende ogenblikken vooral op aan met veel zorg en betrokkenheid en met een zo groot mogelijke professionaliteit elke stap te doen die nodig is.

Maar die overweging mag de ethische reflex niet in de weg staan. Van bij de goedkeuring van de bestaande euthanasiewet waarschuwden tegenstanders voor een hellend vlak, een geleidelijke uitbreiding van het toepassingsgebied van de wet. De vage en tegelijk complexe notie van 'psychisch lijden' geeft daar ook aanleiding toe. De discussies over het uitbreiden van de wet naar dementerenden en minderjarigen illustreert dat de vrees voor uitbreiding niet denkbeeldig was – hoezeer de makers en pleitbezorgers van de wet dat destijds ontkenden.

Het voorstel van Open VLD om van euthanasie een grondrecht te maken, effent het pad voor een praktijk van 'dood op bestelling'. Niemand is toch verplicht die bestelling te doen, zal het tegenargument wel luiden. Neen, evenmin als wie dan ook verplicht is wat dan ook te kopen in een warenhuis, terwijl de meesten van ons toch volop aan de consumptiecultuur met haar heimelijke beïnvloedingsmechanismen zijn overgeleverd. Voor de keuze van onze tandpasta is dat niet eens erg, maar kwesties van leven en dood verdragen geen marktdenken. Niemand beslist lichtzinnig over leven en dood, maar in een tijd van schaarse middelen in de verzorgingssector zijn allerlei vormen van subtiele en minder subtiele druk denkbaar.

Broos leven is zo veel waard dat we het nooit aan die kille logica mogen onderwerpen. Dat is geloven in mensen.

Overgenomen met toestemming van Tertio.

Abortus provocatus in Nederland: redenen om gerust te zijn?



Pro Vita Humana, 2007, 14 (1/2), p. 025-028

door mgr.dr W.J. Eijk, bisschop van Groningen, arts en moraaltheoloog



In oktober vorig jaar verscheen de rapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg over de zwangerschapsafbrekingen die in 2005 in ons land zijn verricht. In het begeleidend schrijven waarmee het rapport aan de minister van Volkgezondheid, Welzijn en Sport is aangeboden, staat de conclusie te lezen dat de huidige registratie van zwangerschapsafbrekingen op onderdelen te wensen overlaat en worden aanbevelingen tot verbetering ervan gedaan. Het totale aantal zwangerschapsafbrekingen stabiliseert in de afgelopen jaren. Voorts komt de Inspectie tot de bevinding dat de zorgvuldigheidsvereisten voor het verrichten van een abortus provocatus, zoals vastgelegd in de Wet afbreking zwangerschappen en het Besluit afbreking zwangerschappen goed worden nageleefd. Is er bijgevolg alle reden om gerust te zijn?

1. De cijfers

In 2005 ging het om 32.982 abortussen (inclusief overtijdbehandelingen), dat wil zeggen 1,1% minder dan het aantal abortussen in 2004, zo wordt in de samenvatting vermeld. (1) Op het eerste gezicht een vooruitgang. In 1980 lag het totale aantal geregistreerde abortussen op 56.400. Dit daalde tot 28.685 in 1995, waarna in 2000 een stijging optrad tot 33.335. Sindsdien varieert het aantal abortussen tussen de $\pm$ 33.000 à 34.000 per jaar. (2) Het lijkt er in eerste instantie niet op dat na het van kracht worden van de Wet afbreking zwangerschap in 1984 het aantal abortussen is toegenomen.

Een andere analyse van het totale aantal levert echter belangrijke aanvullende informatie op. Het blijkt dat de daling van het totale aantal vooral neerkomt op de afname van het aantal in het buitenland (waaronder Duitsland, België/Luxemburg en Spanje (3)) woonachtige vrouwen dat in ons land een abortus provocatus ondergaat. Hun aantal is van 36.700 in 1980 drastisch gedaald tot 4.200 à 4.300 in de afgelopen jaren. Dit houdt in dat het aantal Nederlandse vrouwen dat abortus laat plegen, is gestegen: van 19.700 in 1980 tot 28.738 in 2005. Ook dit getal heeft zich sinds 2000 gestabiliseerd. Het laatste lijkt geruststellend en dat zou ook gelden voor het Nederlandse abortuscijfer (het aantal abortussen per 1000 in Nederland woonachtige vrouwen in de vruchtbare leeftijd, 15-44 jaar), dat licht is gedaald: in 2005 bedroeg het 8,6, dat is 0,1 minder dan in 2004. (4) Overigens varieert het abortuscijfer van 2002 tot 2005 tussen de 8,5 en 8,7. Men kan dus niet spreken van een daling die zich doorzet.

Genoemde getallen moeten echter worden afgezet tegen een ander gegeven, namelijk het feit dat het aantal levend geboren kinderen in Nederland sterk is gedaald in de afgelopen jaren (van 200.297 in 2003 naar 187.884 in 2005) als gevolg van het feit dat minder vrouwen zwanger worden. Dit zou naar verwachting met een navenante daling van het aantal abortussen gepaard moeten gaan, maar dat blijkt niet het geval. De abortusratio (het aantal abortussen per 1000 levendgeborenen) is toegenomen: van 93 in 1990 tot 153 in 2005. Parallel hieraan steeg het aantal abortussen per 100 zwangerschappen: van 9,9 in 1995 tot 13,3 in 2005. Ook al blijft het totale aantal abortussen de laatste jaren grosso modo gelijk, er is in zekere zin wel sprake van een relatieve stijging van het aantal abortussen bij in Nederland woonachtige vrouwen, als we kijken naar het aantal levendgeborenen en het aantal zwangerschappen. (5)

Vaak wordt erop gewezen dat het aantal abortussen in Nederland tamelijk laag is in vergelijking met diverse andere landen. De abortusratio in Nederland is vergelijkbaar met die in België, Ierland, Spanje en Zwitserland (tussen $\pm$ 7,0 en $\pm$ 9,0). Hiertegen steken landen als Australië, Bulgarije, Hongarije, Nieuw-Zeeland, Verenigde Staten en Zweden met een abortusratio van rond of boven de 20,0 ongunstig af. In de Russische Federatie ligt de abortusratio zelfs boven de 50,0. (6) Waarschijnlijk zijn diverse factoren verantwoordelijk voor deze



verschillen. Sociaal-economische factoren hebben een groot aandeel.

Tevens wordt een laag abortuscijfer toegeschreven aan het gebruik van anticonceptiva. In Nederland krijgen meisjes vanaf 13 à 14 jaar vaak de anticonceptiepil voorgeschreven. Dit zal zeker bijdragen aan de vermindering van het aantal tienerzwangerschappen. (7) Nog afgezien van de principiële bezwaren tegen anticonceptie rijst de vraag of men daarmee geen hoge prijs betaalt voor de vermindering van het abortuscijfer: de verstrekking van anticonceptiva aan jeugdigen kan door hen worden opgevat als een vrijbrief voor het aangaan van seksuele betrekkingen op een leeftijd waarop zij aan een integratie van hun seksualiteit in de blijvende liefdesband van het huwelijk nog niet toe zijn. Dat kan hun groei op dit gebied in de weg staan. In dit verband is het tevens zaak het verleden niet uit het oog te verliezen: eerst vond de invoering van de pil plaats aan het begin van de jaren zestig. Dit leidde in de tweede helft van dat decennium tot de roep om de legalisering of het toestaan van abortus provocatus in het geval dat anticonceptie had gefaald. Het fenomeen van de ongewenste zwangerschap kreeg juist door de invoering van de hormonale anticonceptie extra nadruk.

2. Naleving van de wet afbreking zwangerschap

Een andere conclusie van de evaluatie is dat de Wet afbreking zwangerschap in het algemeen goed wordt nageleefd. De verplichte beraadtermijn van vijf dagen (Waz art. 3) is weliswaar in verreweg de meeste gevallen in acht genomen, maar in 1.247 gevallen was dat niet het geval. Een groot deel daarvan betrof niet als zodanig separaat geregistreerde overtijdbehandelingen waarvoor geen beraadtermijn geldt. (8) Bovendien waren er enkele gevallen waarin abortus plaatsvond binnen een termijn van 6 dagen om een dreigend gevaar voor het leven of de gezondheid van de moeder af te wenden (vgl. art. 16,2). Exacte getallen hieromtrent verstrekt de rapportage echter niet. Een definitieve conclusie valt daardoor niet te trekken.

Ten aanzien van andere zorgvuldigheidsvereisten kan men echter gerede vragen stellen bij de rapportage. De Waz (art. 5,2,a) vereist dat de arts aan de vrouw verantwoorde voorlichting verstrekt over andere oplossingen voor haar noodsituatie dan een abortus. Het evaluatierapport geeft geen uitsluitsel over de vraag of aan deze plicht is voldaan. Wel wordt aangegeven dat er onvoldoende inzicht is in de frequentie van consultatie van andere deskundigen. In ruim 90% vond geen overleg met andere deskundigen plaats. (9) Aan welke alternatieve oplossingen voor de noodsituatie van de vrouw valt te denken? Factoren die de zwangere vrouw in een noodsituatie kunnen doen belanden, zijn bijvoorbeeld financiële moeilijkheden, problemen met onderdak als zij door haar familie wordt verstoten of door de man die haar zwanger heeft gemaakt in de steek is gelaten, en ook psychische stress. Naast principiële bezwaren tegen abortus provocatus kan men zich afvragen of afbreking van de zwangerschap de enige oplossing voor de noodsituatie van de vrouw is. Financiële bijstand, hulp en opvang bij het zoeken van onderdak, psychologische en ook pastorale begeleiding kunnen de vrouw in staat stellen de zwangerschap uit te dragen. Als zij het kind niet kan of wil houden na de bevalling, kunnen de mogelijkheden voor het afstaan ervan worden bekeken. Het uitdragen van de zwangerschap mag dan onder omstandigheden belastend zijn, het ondergaan van een abortus, zeker een instrumentele, is ook een niet te onderschatten belasting voor de vrouw. In een aantal gevallen draagt zij tot in lengte van jaren daarvan de psychische gevolgen. Het is de vraag of de arts wel alle deskundigheid in huis heeft om de vrouw adequaat in te lichten over de alternatieve mogelijkheden. In de meeste gevallen zal hij daarvoor andere deskundigen moeten raadplegen. Omdat het laatste in ruim 90% van alle abortussen achterwege wordt gelaten, ligt de gedachte voor de hand dat aan de zorgvuldigheidseis dat de vrouw verantwoorde voorlichting ontvangt over alternatieven voor abortus, in de praktijk niet wordt voldaan (is dit op basis van de letterlijke tekst van de Wet afbreking zwangerschap strikt formeel niet het geval, dan toch minstens materieel).

Een andere zorgvuldigheidseis betreft de noodsituatie waarin de vrouw als gevolg van de zwangerschap is komen te verkeren. De arts mag alleen een abortus provocatus verrichten "indien de noodsituatie van de vrouw die onontkoombaar maakt" (Waz art. 5,1). Nadere criteria voor het vaststellen van een noodsituatie zijn niet



gegeven. Die konden dus ook niet worden geëvalueerd. De eis dat abortus alleen plaatsvindt als de zwangerschap de vrouw in een noodsituatie brengt, is de peiler van de Waz. Het feit dat nadere criteria voor de noodsituatie ontbreken, maakt een evaluatie van de Waz in essentie onmogelijk. Het Radio-1 programma 'De Ochtenden' van de Evangelische Omroep berichtte in december 2006 dat drie à vier jaar geleden enkele malen een abortus provocatus wegens schisis (hazenlip) was verricht in het Amsterdams Medisch Centrum. Het ging om een zeldzaamheid, maar de vraag rijst toch of een chirurgisch corrigeerbare afwijking van het ongeborn kind de vrouw in een zodanige 'noodsituatie' kan brengen dat een abortus provocatus gerechtvaardigd is. Sinds begin vorig jaar wordt aan alle zwangere vrouwen in Nederland bij 12 en bij 20 weken standaard een echografie aangeboden, die onderdeel uitmaakt van het basispakket en daarom door de ziektekostenverzekeraars wordt vergoed. Het doel is de kindersterfte terug te dringen: is prenataal een afwijking vastgesteld, dan kan in een aantal gevallen na de geboorte tijdig behandeling worden ingesteld. De vrees bestaat dat het vroegtijdig ontdekken van diverse afwijkingen vóór de geboorte zal leiden tot een stijging van het aantal abortussen vanwege relatief lichte en behandelbare lichamelijke handicaps. (10) Hoe dan ook, er tekent zich een tendens af steeds lichtere afwijkingen te ervaren als een onaanvaardbare aanslag op de kwaliteit van leven van het kind, die een zodanige noodsituatie bij de moeder veroorzaakt, dat abortus provocatus de enige uitweg is. Een aantal jaren geleden maakte de Evangelische Omroep geheime opnamen van gesprekken tussen diverse abortusartsen en een zwangere actrice die voorwendde dat zij haar kind wenste te laten aborteren. De uitzending ervan werd door de rechter verboden, maar wat desalniettemin via de media naar buiten kwam was onthutsend: dat als gevolg van de zwangerschap een geplande vakantie niet kon doorgaan, bleek voldoende aanleiding om van een noodsituatie te spreken en het ongeborn kind af te drijven. Omdat nadere criteria voor het vaststellen van een noodsituatie ontbreken, is de evaluatie van de toepassing van dit begrip ter rechtvaardiging van abortus provocatus ondoenlijk. Hoe vaak abortus plaatsvindt vanwege een bij prenatale diagnostiek vastgestelde aandoening of handicap weten we niet, omdat bij de registratie geen onderscheid wordt gemaakt tussen een 'sociale' en een 'medische' indicatie. De samenstellers van de jaarrapportage 2005 van de Wet afbreking zwangerschap pleiten daarom voor verplichte registratie van de indicatiestelling op basis van genoemd onderscheid. (11)

3. Het uitgangspunt van de wet afbreking zwangerschap

De Nederlandse Wet afbreking zwangerschap beoogt een balans te creëren tussen de autonomie van de vrouw en de rechtbescherming van het ongeborn kind. De waarborgen voor het laatste zouden moeten liggen in zorgvuldige besluitvorming. Uit het bovenstaande zou men zich met betrekking tot de zorgvuldigheid de nodige vragen kunnen stellen. Maar daar nog vanaf gezien, is er een fundamenteeler probleem: de autonomie van de vrouw en het leven van het ongeborn kind zijn niet van dezelfde orde:

1. Autonomie of meer algemeen vrijheid mag dan een hogere waarde zijn dan het leven, maar staan blijft dat het leven een fundamentele waarde is: zonder leven is er geen autonomie.
2. Men zou niet de autonomie van de vrouw tegenover het leven van het ongeborn kind, maar tegenover diens autonomie moeten zetten. Dit klinkt veel mensen waarschijnlijk vreemd in de oren, omdat zij – vaak zonder zich er bewust van te zijn – menen dat pas van een mens of menselijke persoon sprake kan zijn als er een rationeel bewustzijn is en een vermogen tot nemen van autonome beslissingen. Dit is de visie van onder meer de populaire en veel gelezen Australische filosoof Peter Singer. Zij impliceert dat ongeborn en pasgeboren kinderen geen menselijke personen zijn met alle rechten van dien. Echter, ook al kunnen geestelijke vermogens zoals het denken en het nemen van autonome beslissingen door onvoldoende rijping van de hersenen nog niet tot uiting komen, de aanleg is er. En het kind zal tot een menselijk bewustzijn en tot autonomie komen, tenzij het die mogelijkheid wordt ontnomen. Ruim tien jaar geleden nam ik deel aan een aflevering van het discussieprogramma Arena over prenatale diagnostiek. Nadat een van de aanwezigen de mogelijkheid van



abortus na vaststellen van een afwijkingen van de foetus had geopperd, kwam er direct fel protest van een tiental gehandicapten die eveneens aan het programma deelnamen. Als vóór hun geboorte besloten was hen te aborteren, dan zou dat in ieder geval tegen hun wil zijn geweest. Een maatschappij moet niet accepteren dat de autonomie van iemand wiens autonomie tot expressie is gekomen, ten koste gaat van de autonomie van een ander, wiens autonomie nog tot expressie moet komen. En zal de aanleg tot autonomie die er gezien zijn geestelijk levensprincipe toch is, door ernstige hersenafwijkingen nooit tot expressie komen, dan blijft het ongeboren kind een mens wiens leven een intrinsieke waarde is en daarom niet moet worden opgeofferd om aan een noodsituatie een einde te maken.

3. Een derde aspect is dat autonomie nooit absoluut is, maar relationeel. Mensen zijn in het realiseren van hun autonomie altijd op anderen aangewezen. Het mag niet zo zijn dat een (tijdelijke) situatie waarin een mens volkomen afhankelijk van anderen is, zoals die zich bij de zwangerschap voordoet, verleidt tot het volkomen negeren van zijn autonomie.

De Nederlandse Stichting Women on Waves probeert met de abortusboot Aurora overal ter wereld abortus door te drukken, vooral in die landen waar de wet geen abortus toelaat. De Stichting is een groot voorstander van de absolute autonomie van de moeder, maar wijst tevens op de realiteit dat veel vrouwen kiezen voor clandestiene abortus als de mogelijkheid voor een professioneel verrichte abortus (abortus provocatus lege artis) ontbreekt. Van de 46 miljoen abortussen per jaar op wereldschaal wordt waarschijnlijk een 20 miljoen uitgevoerd op onveilige wijze, vaak met vervelende complicaties. (12) Mondiaal gezien blijkt het aantal abortussen niet met het strafrecht samen te hangen. Dit aantal ligt soms hoog in landen met een strenge abortuswetgeving. Dit hangt echter eerder samen met het ontbreken van adequate hulpverlening en opvang voor vrouwen die door hun zwangerschap in moeilijkheden raken, dan door het strafrecht. Legalisering van abortus kan dan alleen maar het creëren van goede hulpverlening aan zwangere vrouwen die ondanks de moeilijkheden de zwangerschap op zich zouden willen uitdragen, ontmoedigen. Een vergelijking kan worden getrokken met de sociale kwestie in de tweede helft van de negentiende eeuw: als iedereen de sociale problematiek maar als de gegeven realiteit had beschouwd en het daarbij had gelaten, was er niets veranderd. Goede opvang en hulpverlening kunnen ook in landen die nu een hoog aantal abortussen kennen, vrouwen van clandestiene abortus weerhouden en ertoe brengen de zwangerschap uit te dragen.

4. Stellingen

1. Het totale aantal abortussen mag dan sinds het van kracht worden van de Wet afbreking zwangerschappen verminderd zijn, dat onder in Nederland woonachtige vrouwen is in dezelfde periode gestegen.
2. Ondanks dat het aantal abortussen zich stabiliseert, is er sprake van een relatieve stijging, gelet op de snelle daling van het aantal levend geboren en het aantal zwangerschappen.
3. Of aan de zorgvuldigheidseis dat de arts aan de vrouw adequate informatie verstrekt over andere oplossingen voor haar noodsituatie dan een abortus wordt voldaan, kan men betwijfelen op grond van het feit dat slechts in een kleine 10% van de gevallen een andere deskundige wordt geconsulteerd.
4. De Wet afbreking zwangerschap valt in essentie niet te evalueren, doordat voor de peiler van deze wet, namelijk de noodsituatie van de vrouw die voor een abortus vereist is, geen nadere criteria zijn gegeven.
5. De Wet afbreking zwangerschap beoogt een evenwicht te bereiken tussen de autonomie van de vrouw en de rechtsbescherming van het ongeboren kind. De autonomie van de vrouw en het leven van het kind zijn echter geen waarden van dezelfde orde die men tegen elkaar kan afwegen.
6. Het feit dat zoveel gehandicapten moeite hebben met abortus provocatus na het vaststellen van aandoeningen van het ongeboren kind door middel van prenatale diagnostiek, zou aanleiding moeten zijn om



de autonomie van de moeder ook eens te plaatsen tegenover de in de toekomst tot expressie komende autonomie van het ongeboren kind. Dan vergelijkt men tenminste waarden van dezelfde orde.

7. Autonomie, ook die van de vrouw, is altijd relationeel en nooit absoluut.

8. Dat een mens (tijdelijk) van een ander volslagen afhankelijk is, mag er niet toe leiden dat zijn (toekomstige) autonomie volstrekt wordt genegeerd.

Noten

1. Jaarrapportage 2005 van de Wet afbreking zwangerschap, Den Haag, 2006, p. 7.
2. Ibid., Tabel 1, p. 13.
3. Ibid., Bijlage 1, p. 35.
4. Ibid., p. 16.
5. Ibid., pp. 16-17.
6. Ibid., Tabel 3, p. 18.
7. Ibid., p. 20.
8. Ibid., p. 27; overigens wordt in de rapportage bepleit de overtijdbehandeling ook onder de registratieplicht betreffende abortus provocatus te laten vallen, omdat in tegenstelling tot de periode waarin de Wet zwangerschapsafbreking tot stand kwam, een vroege zwangerschap nu met zekerheid gediagnosticeerd kan worden, Ibid., p. 31.
9. Ibid., Tabel 11, p. 27.
10. W. van der Bles, "Niet handicap maar nood van de vrouw telt," Trouw(2006), 12 december, p. 3; S. Becker, "Prenataal onderzoek voorkomt kindersterfte," Ibid.; W. van der Bles, "Zwangere wordt getest zonder protocol," Trouw (2006), 16 december, p. 4
11. Jaarrapportage 2005 van de Wet afbreking zwangerschap, op. cit., p. 31.
12. World Health Organization, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems, Genève, 2003, p. 12 en 14.

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.

Psychische gevolgen van abortus en de rol van huisartsen

Pro Vita Humana, 2007, 14 (1/2), p. 2-6

door prof.dr H. Jochemsen, directeur Prof.dr G.A. Lindeboom Instituut



In deze bijdrage wil ik kort enkele resultaten vermelden van het onderzoek dat wij hebben verricht naar de psychische gevolgen van abortus provocatus en naar de wijze waarop huisartsen omgaan met verzoeken om abortus. (1)

1. Literatuurstudie psychische gevolgen abortus

Het onderzoek naar psychische gevolgen van abortus betreft een inventarisatie op basis van literatuurstudie van psychologische reacties na een abortus in het algemeen, de aard van de reacties, de ernst ervan en kort



over de prevalentie daarvan.

In de eerste plaats vermeld ik kort de positieve reacties die in de literatuur beschreven worden. Met name relatief kort na de abortus provocatus ervaren veel vrouwen een gevoel van opluchting, tevredenheid met de beslissing in de zin dat een beslissing genomen is en dat het probleem in eerste instantie uit de wereld is geholpen. Verder een toegenomen zelfwaardering en een verbeterde relatie met de partner.

Deze reacties hebben vermoedelijk te maken met het gegeven dat een ongewenste zwangerschap en een besluit over een eventuele abortus dermate stressvol en geladen zijn, dat na de abortus in eerste instantie vooral opluchting wordt ervaren en normalisering van de situatie, onder meer de relatie met de partner die door de gebeurtenissen soms ook onder druk kwam te staan.

2. Negatieve reacties

Negatieve psychische reacties kunnen grofweg samengevat worden in de volgende vijf:

Depressiviteit, schuld, angst, verdriet en spijt. Ik licht deze reacties kort toe.

Onder depressie worden zowel depressieve gevoelens als depressieve episodes verstaan. De schuldgevoelens worden voornamelijk ervaren tegenover de ongeboren vrucht. Schuldgevoel is een vorm van lijden omdat er iets gebeurd is waarvan men het gevoel heeft dat het niet had moeten gebeuren, dat het niet goed is geweest. Angst die ervaren wordt na een abortus heeft betrekking op angst voor afwijkingen van een foetus in een toekomstige zwangerschap, angst om weer zwanger te worden, angst dat de zwangerschap niet helemaal is afgebroken en soms ook angst voor geslachtsgemeenschap. Bij verdriet is het opmerkelijk dat die reactie vaak ook al optreedt voordat de abortus plaatsvindt, maar nadat het besluit is genomen tot abortus. De vrouw anticipeert als het ware op datgene wat gaat gebeuren en dat een verlies gaat inhouden. Het verdriet dat na een abortus wordt ervaren is vergelijkbaar met het verdriet van een moeder na een onvrijwillig verlies van een foetus/kind. Tot slot reageren verschillende vrouwen na een abortus ook met spijtgevoelens, wat aangeeft dat ze erkennen een fout te hebben gemaakt die ze achteraf niet hadden willen maken. Spijt houdt nauw verband met schuld – het kan een gevolg ervan zijn.

Deze psychische ervaringen kunnen een behoorlijke mate van lijden meebrengen. Ze worden problematisch op het moment dat de score bij een psychologische test boven een bepaalde drempelwaarde uitkomt ofwel dat mensen behoefte hebben aan professionele hulpverlening vanwege de ernst van de reacties.

3. Risicofactoren

In het kader van de hulpverlening is het belangrijk te weten welke factoren een (extra) risico inhouden voor het optreden van deze negatieve reacties.

Voor het optreden van depressiviteit vormt het bestaan van een depressie voordat de abortus plaatsvindt een belangrijke risicofactor. Verder een jonge leeftijd van de vrouw, schaamte over de abortus en ook vermijddedrag, dat wil zeggen gedrag dat het onderwerp abortus tracht te vermijden.

Voor schuld en schuldgevoelens vormt -begrijpelijkwijze- de opvatting dat abortus ethisch niet goed is een belangrijke risicofactor; verder hechting aan het ongeboren kind en (h)erkenning van 'leven', d.w.z. dat de vrouw bewust 'leven' heeft gevoeld en er niet onderuit kan dat te erkennen. Het is begrijpelijk dat dan ook de betrokkenheid en emotie van verbondenheid sterker wordt en de kans dat na de abortus schuldgevoelens ervaren worden, groter is. Het risico van angst na een abortus kan verminderd worden door steun bij de beslissing. Verder zijn vermijddedrag en schaamte factoren die het optreden van angst kunnen bevorderen. Het risico van verdriet wordt vergroot door hechting met de vrucht en is verder afhankelijk van de visie op zwangerschap. Spijt doet zich eerder voor als er ambivalentie bestaat bij de vrouw over het besluit tot abortus.

4. De prevalentie



Over de prevalentie van deze problematische reacties na abortus wil ik enkele opmerkingen maken. In de eerste plaats dat het wetenschappelijk vaststellen daarvan buitengewoon lastig is wegens een aantal serieuze methodische problemen bij dat onderzoek. Ik noem er enkele zonder er in dit verband verder op in te gaan.

1. De medewerking van de onderzoeksgroep is niet consequent en (wetenschappelijk) onbetrouwbaar; een bias in de selectie van de deelnemers in een onderzoek is in dit verband haast onvermijdelijk (zie verder);
2. De diversiteit van negatieve reacties die door vrouwen worden gerapporteerd is zo breed, dat het onmogelijk is die allemaal in een studie mee te nemen;
3. De intensiteit van veel reacties blijkt in de tijd te wisselen en veel vrouwen melden pas na veel jaren dergelijke reacties; dan is de causaliteit heel moeilijk duidelijk vast te stellen;
4. Het gebruik van vragenlijsten en andere gestandaardiseerde onderzoeksinstrumenten lijkt ongeschikt om de dieperliggende reacties te 'meten'; het is dus niet zo duidelijk wat men met standaard schriftelijke vragenlijsten precies meet.

Een oorzaak van het onder 1) genoemde probleem is het verschijnsel van "avoidance", wat inhoudt dat veel vrouwen na een abortus eigenlijk het hele onderwerp willen vermijden en dus negatief reageren op een verzoek tot deelname aan een onderzoek naar hun ervaringen. Zo vertelt een onderzoek dat 63 tot 76% van de ondervraagde vrouwen met negatieve postabortus reacties gemiddeld 63 maanden elke negatieve reactie in verband met de abortus zouden hebben ontkend. (2)

Dit vormt ook de belangrijkste oorzaak van de grote verschillen in prevalenties die in de literatuur genoemd worden. Zeer uiteenlopende waarden komen voor, variërend van 3 tot 28% van de vrouwen die na een abortus en gerelateerd aan die abortus te maken krijgen met ernstige psychische problematiek. Op grond van de onder 1) en 4) genoemde methodische problemen schat ik in dat de werkelijke prevalentie eerder aan de hoge kant van de genoemde marge ligt, of zelfs nog hoger, dan aan de onderkant daarvan. Hoe dan ook, in elk geval een deel van de vrouwen krijgt na een abortus met ernstige zeer waarschijnlijk aan de abortus gerelateerde psychische problemen te kampen. Op zichzelf is dat reden daarop in de hulpverlening alert te zijn. Meer onderzoek naar de psychische gevolgen en de prevalentie ervan in Nederland is gewenst en we bevelen in ons rapport dan ook aan dat daarvoor middelen beschikbaar gesteld worden.

5. Abortus en huisartsen

Het tweede gedeelte van het rapport heeft betrekking op de wijze waarop huisartsen omgaan met het verzoek om abortus provocatus en eventuele problemen na die tijd. In ruim 60% van de gevallen van abortus vindt de verwijzing plaats via de huisarts. (3) De rol van de huisarts in deze hele problematiek is dus aanzienlijk. Daarom is de vraag hoe huisartsen omgaan met een verzoek om abortus, ook in het licht van de WAZ, van aanzienlijke betekenis voor deze problematiek.

Twaalf aselect gekozen huisartsen uit diverse regio's zijn geïnterviewd. Verdere karakteristieken: 6 mannen, 6 vrouwen, leeftijd tussen 38 en 64 jaar, tussen 7 en 30 jaar huisarts, levensbeschouwelijk divers. Het gaat om een kwalitatieve studie die inzicht geeft in het scala aan overwegingen en handelwijzen van huisartsen in dit soort situaties. De resultaten geven geen statistische informatie over de mate waarin bepaalde motieven of handelwijzen onder de huisartsen in Nederland voorkomen.

De belangrijkste resultaten van deze studie kunnen als volgt samengevat worden.

Huisartsen proberen ongewenst zwangere vrouwen zo goed mogelijk te begeleiden. Ze doen dit in eerste instantie door een abortusverzoek van een vrouw te bespreken in een zogenaamd keuzegesprek. De huisarts geeft in dat keuzegesprek informatie over de gevolgen, en mogelijk ook psychische risicofactoren en



alternatieven van abortus, maar doet dat in de mate waarin de vrouw er om vraagt. Dus de informatie wordt niet gegeven of althans beperkt gegeven, wanneer een vrouw geen vragen stelt en alleen maar zegt: Ik wil abortus, geef me een verwijzing, (die ze in feite niet nodig heeft om abortus bij een abortuskliniek te krijgen). Er is in het keuzegesprek dan ook meestal nauwelijks uitwisseling over wat abortus precies inhoudt, welke ethische waarden aan de orde zijn. Er wordt vooral gesproken over de motieven van de vrouw en de omstandigheden en of ze het wel zeker weet. Respect voor de autonomie van de vrouw overheerst sterk het respect voor het leven van de vrucht. Terwijl de WAZ getracht heeft een balans tussen die twee te vinden.

Huisartsen zijn op de hoogte van mogelijke negatieve psychische gevolgen van abortus, maar het herkennen en behandelen daarvan blijkt in de praktijk weinig voor te komen. Men herkent dat soort gevolgen toch niet zo vaak. (4) Omdat het hier gaat om een kwalitatief onderzoek kan op basis van onze resultaten geen conclusie getrokken worden over de mate waarin men negatieve psychische gevolgen van abortus herkent. Ze doen wel vermoeden dat dit in het algemeen niet veel zal voorkomen.

Op de vraag of een richtlijn wenselijk zou zijn kregen we diverse antwoorden. Een belangrijk deel van de door ons ondervraagde huisartsen zegt er niet direct behoefte aan te hebben. Maar bij doorvragen en praten over wat die richtlijn zou kunnen inhouden aan informatie e.d. zeggen sommige van die huisartsen dat zoiets wel handig kan zijn. Als er een richtlijn zou komen, zou dat een soort beslisboom moeten zijn met informatie over bijvoorbeeld hoe men een gesprek over eventuele nadelige psychische gevolgen na een abortus zou kunnen aankaarten, informatie over instanties waarnaar verwezen zou kunnen worden, enzovoort. Dit laatste bleek in zoverre nuttig dat een deel van de huisartsen niet goed op de hoogte was van instanties die voor en na een abortus hulp kunnen bieden in de vorm van counseling en informatieverstrekking e.d.

6. Modellen arts-patiëntverhouding

De resultaten overziende en interpreterende meen ik te kunnen constateren dat huisartsen in het geval van een verzoek om abortus in het keuzegesprek veelal optreden volgens het zogenaamde informatieve model voor de arts-patiënt verhouding. (5) In het informatiemodel verschaft de hulpverlener de hulpvrager zo goed mogelijk informatie over de situatie en de professionele hulpmogelijkheden. De hulpvrager kiest de gewenste behandeling, die door de hulpverlener wordt geboden. Een nadere verantwoording van de keuze jegens de hulpverlener is niet nodig. De waarden van de hulpverlener zijn niet relevant, zijn rol is die van competent expert. Dit model gaat uit van het respect voor de autonomie van de hulpvrager, dat wil zeggen; diens zeggenschap over de professionele hulp en of behandeling.

Naast het informatieve model onderscheiden Emanuel en Emanuel ook het deliberatieve model (in goed Nederlands: het poldermodel). Hierin is ook ruimte voor een bespreking van de waardeovertuigingen van de patiënt. In dit model helpt de hulpverlener de hulpvrager om haar waarden te verhelderen en stelt ze eventueel ook ter discussie. In een open gesprek probeert de hulpverlener (huisarts) duidelijk te maken welke waarden gerelateerd aan de hulpvraag aan de orde zijn en welke waarden het meest geëigend zijn om na te streven in de situatie waarin de hulpvrager zich bevindt. Het overleg is erop gericht om die waarden te realiseren in de uiteindelijk te verlenen hulp. Dit model gaat ervan uit dat waardeovertuigingen niet vast liggen en dat mensen ook in moreel opzicht gevormd kunnen worden. In dit model bestaat dus ruimte voor een fundamenteel ethisch gesprek over de verschillende opties die vanuit professioneel gezichtspunt aangedragen kunnen worden. Bij een ongewenste zwangerschap zijn dat ook alternatieven voor abortus zoals het afstaan voor adoptie, het mobiliseren van hulp en ondersteuning rond de ongewenst zwangere vrouw, zodat ze de zwangerschap kan uitdragen.

Meestal is het zo dat huisartsen hun zorg verlenen op een wijze die aansluit bij het deliberatieve model. Opmerkelijk is nu dat ze bij een verzoek om abortus meer handelen volgens het informatieve model. Dit



betekent ons inziens een verarming van de zorg en we bevelen dan ook aan dat ook bij abortusverzoek huisartsen en abortusartsen zorg verlenen volgens het deliberatieve model. Dit te meer daar uit het onderzoek van de Evaluatiecommissie WAZ blijkt dat op enkele punten die wet niet altijd goed wordt uitgevoerd. Dit ondanks de algemene conclusie van de evaluatiecommissie dat over het geheel de wet goed wordt nageleefd. Ik noem enkele punten waarop tekorten worden vastgesteld in de wetsuitvoering. De beraadtermijn wordt meestal, maar zeker niet altijd, goed nageleefd. Patiënten signaleren vaker dat die niet nageleefd wordt dan de artsen zelf. Bij huisartsen is een grotere kennis en deskundigheid met betrekking tot verwijzing voor abortus provocatus gewenst. Met het begrip noodsituatie wordt in het algemeen goed omgegaan, zegt men, maar tegelijkertijd blijkt uit de discussie die men dan voert dat het natuurlijk heel erg afhangt van hoe dat begrip in de praktijk wordt ingevuld. In omstreeks de helft van de gevallen is er geen voorlichting gegeven over alternatieven. Een belangrijke reden, meestal niet de enige, voor abortus provocatus die door de vrouwen wordt genoemd, vormen de financiën. Op dat punt kunnen we in onze welvarende samenleving toch in elk geval een alternatief bieden. Tot slot van deze 'pijnpunten': niet altijd wordt adequaat omgegaan met twijfel bij de vrouw; twijfel wordt lang niet altijd onderkend.

7. Aanbevelingen

We komen tot de volgende aanbevelingen.

- 1) Counseling door artsen bij ongewenste zwangerschap dient minder volgens informatieve en meer volgens het deliberatieve model. Net zoals we dat in veel andere gevallen als huisartsen gewend zijn te doen.
- 2) Een beslissing tot abortus provocatus dient te berusten op 'informed consent', dus counseling bij ongewenste zwangerschap dient informatie te bevatten over wat abortus precies inhoudt en welke andere opties er zijn (op basis van het subsidiariteitsbeginsel).
- 3) Deze alternatieven voor abortus in vormen van steun, begeleiding en zorg dienen actief geëxploreerd te worden.
- 4) Een aanbod van bijscholing aan huisartsen in het onderkennen van psychische klachten die mogelijk mede het gevolg zijn van een a.p. Ook dat lijkt mij gezien de ervaringen wenselijk.
- 5) Er wordt door de beroepsgroep van huisartsen een richtlijn opgesteld over begeleiding van ongewenst zwangere vrouwen en van vrouwen na een abortus provocatus. Dit om huisartsen te helpen in hun begeleiding de punten 1 t/m 4 ook daadwerkelijk te realiseren.

Het gaat hierbij niet alleen om de bescherming van het ongeboren kind, maar gezien de eerdere helft van dit verhaal ook om het belang van de vrouw zelf om te voorkomen dat er psychische problemen optreden na een abortus provocatus.

8. Weerleging kritiek

Tot slot van dit artikel wil ik nog kort ingaan op de kritiek die mw. Kleiverda op het symposium gaf op ons rapport en waarop toen slechts heel kort kon worden ingegaan.

- 1) Haar eerste kritiek was dat het rapport (althans de literatuurstudie) is gebaseerd op een 'zoekt en gij zult vinden'- strategie; m.a.w. als je iets zoekt vind je het. Deze kritiek is in dit verband onjuist. Wij zijn niet op zoek gegaan naar negatieve gevolgen, maar naar wat literatuur over postabortus onderzoek die aan bepaalde wetenschappelijke criteria voldoet, vermeldt over psychische gevolgen van abortus. Daarbij hebben we gezien onze vraagstelling vooral gekeken naar gemelde negatieve gevolgen en die uitvoeriger beschreven. Bij onderzoek wordt ook niet altijd gevonden wat men zoekt, bijvoorbeeld een gewenst effect van een interventie. Het antwoord op een onderzoeksvraag kan ook negatief uitvallen.
- 2) Dat psychische problemen ook voorkomen bij vrouwen die geen abortus gehad hebben (weet men dit laatste



wel altijd zeker?) en mogelijk relatief veel bij vrouwen die een ongewenste zwangerschap uitdroegen, doet niets af aan het gegeven dat er ook psychische problemen voorkomen die aan de abortuservaring zijn gerelateerd. Wanneer prevalenties van problemen in verband met abortus genoemd worden, dan gaat het om aan de abortuservaring gerelateerde problematiek. Daarnaast is onderzoek gedaan. Dat er ook andere determinanten zijn voor depressiviteit doet niets af aan de bevinding dat een abortuservaring er ook een kan zijn. Het is ook maar de vraag in hoeverre voorkomende psychische problematiek in het leven van vrouwen te maken heeft met een eerdere abortus, zonder dat die link expliciet wordt gelegd. Ons rapport betoogt vooral hoe moeilijk het is om daarover duidelijke cijfers te krijgen. En verder concentreren wij ons op de beschrijving van de problematiek en pleiten voor meer aandacht voor die vrouwen die vroeger of later na een abortus met psychische problematiek te kampen krijgen. Ook al zou dat maar 1% zijn, dan nog dient daarvoor oog te zijn in de gezondheidszorg. Overigens geldt dit evenzeer voor vrouwen die na uitdragen van een ongewenste zwangerschap met problemen te maken krijgen. Voor ons is dat geen of -of!

3) Mw. Kleiverda noemt heel selectief een enkele publicatie uit BMJ, die niet alleen bij ons maar ook in het overzicht van de Rutgers Nisso groep ontbreekt (als ik me niet vergis, ze geeft geen duidelijke referentie). Dat doet de vraag rijzen naar de kwaliteit van die publicatie! Selectief gebruik van literatuur is op dit gebied inderdaad een probleem. Bovendien, wij citeren niet alleen primaire literatuur maar ook een tiental overzichtsstudies die weliswaar met diverse prevalenties komen, maar alle de psychische problematiek ten gevolge van abortus wel degelijk signaleren. Tot slot noem ik nog een recente publicatie (in ons rapport in een naschrift nog vermeld) van een methodisch sterk onderzoek. Van een geboortecohort van Nieuw-Zeelandse kinderen die 25 jaar werden gevolgd werd bij vrouwen tussen 15 en 25 jaar nagegaan of er een verband bestaat tussen het doormaken van abortus en psychische problematiek. Er werd enerzijds nagegaan of in het leeftijdsinterval van 15-25 jaar een abortus had plaatsgevonden en anderzijds werden in de leeftijdsintervallen van 15-18 en 18-21 en 21-25 jaar DSM-IV tests uitgevoerd op psychische stoornissen en suïcidaal gedrag. Van deze vrouwen was voor hun 25e jaar 41% ten minste eenmaal zwanger geweest van wie 14,6% een abortus had gehad. Deze laatste groep bleek, ook na correctie voor versturende factoren (confounders) hogere scores te hebben bij depressiviteit, angst, suïcidaal gedrag en drugsgebruik. (6) Op basis van deze publicatie heeft de American Psychological Association een statement waarin een verband tussen abortus en psychologische schade werd ontkend, ingetrokken. (7) Ik blijf er dus bij dat voor deze problematiek aandacht dient te bestaan in beleid en zorg en die niet onder het tapijt geveegd moet worden.

Dankbetuiging

Met dank aan de VBOK voor het aanleveren van de uitgetypte tekst van de uitgesproken voordracht.

Noten

1. T.W. van Laar-Jochensen, C.E. Zuidema, H. Jochensen. Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts. Rapport van het Prof.dr. G.A. Lindeboom Instituut, nr. 18 Ede, 2006.
2. D.C. Reardon (1994). Psychological reactions reported after abortion. The Post-Abortion Review, 2 (3), 4-8.
3. Inspectie voor de Gezondheidszorg (2004). Staatstoezicht op de volksgezondheid. Jaarrapport 2003. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg; dit rapport vermeldt een percentage van 63%.
4. Althans tot voor enkele jaren herkenden huisartsen depressiviteit bij een patiënt in ongeveer eenderde tot de helft van de gevallen niet; <http://www.spreekuurthuis.nl/themapag.html?thema=Depressie> en <http://www.nivel.nl/OC2/page.asp?PageID=5129>
5. E.J. Emanuel, L.L. Emanuel. Four models of the physician-patient relationship. J Am Med Ass 1992; 267 (16), p. 2221-2226
6. D.M. Fergusson, L.J. Horwood, E.M. Ridder (2006). Abortion in young woman and subsequent mental health. J Child Psychol Psychiatry 41(1), 16-24.



7. P Saunders. Triple helix, winter 2007, p.5; zie ook <http://www.apa.org/ppo/issues/womenabortfacts.html>

Overgenomen met toestemming van *Pro Vita Humana*.