



Het kunstmatige kind

Katholiek Nieuwsblad, 19 mei 2017

door René Hoksbergen, emeritus-hoogleraar adoptie

[KatholiekNieuwsblad](#)

Mylan kwam met behulp van een donoreicel en commercieel draagmoederschap ter wereld om door een homostel geadopteerd te worden. Vraagt iemand zich af wat dit voor hem betekent?

De Volkskrant en de tv laten ons op 11 mei, het lijkt wel juichend, weten 'Hoe baby Mylan toch bij zijn Nederlandse ouders kwam'. Mylan is een jongetje ontstaan uit een blanke, Zuid-Afrikaanse eiceldonor, het zaad van een Amsterdamse man en met gebruik van een 35-jarige draagmoeder uit Cambodja.

Slim

Hoewel Cambodja het commerciële draagmoederschap, net als Thailand en India, inmiddels had verboden, wist de Nederlandse ambassade alsnog een geldig paspoort voor dit kind samen te stellen, dat vervolgens in Singapore aan de vader werd overhandigd, want daar is een Nederlandse ambassade. De vader was zo slim geweest om het kind al vóór de geboorte in Amsterdam te erkennen, waardoor het direct de Nederlandse nationaliteit had verkregen.

De internationale organisatie New Life Network bemiddelt bij dergelijke adopties. Ze controleert bijvoorbeeld of de draagmoeder al kinderen heeft. De draagmoeder van Mylan loog hierover. Mylan was haar eerste kind.

Ouders

In de berichtgeving over Mylan wordt gesproken over zijn Nederlandse ouders. Ja, hij heeft een Nederlandse vader, maar zijn biologische moeder is een blanke Zuid-Afrikaanse vrouw die een eicel heeft gedoneerd. Vanna, de Cambodjaanse draagmoeder, heeft hem negen maanden gedragen en beschouwt Mylan toch enigszins als haar kind. Het afscheid blijkt voor haar moeilijk te zijn. Ze knuffelde en kuste Mylan en moest huilen bij zijn vertrek.

Totale kosten

Mylan zal verder door twee mannen worden verzorgd en opgevoed. Twee mensen die verschrikkelijk graag een baby'tje wilden en daar veel moeite voor doen en veel geld voor over hebben. De totale kosten voor donoreicel, draagmoeder, gynaecologen, bemiddelingsorganisatie, reis- en verblijfkosten, zullen wel zo'n zestig- tot zeventigduizend euro hebben bedragen. Voor het 'draagmoederpakket' van New Life moest al 41.000 euro worden neergelegd.

Allemaal nog betrekkelijk 'goedkoop', want als je een Amerikaanse draagmoeder gebruikt uit een van de Amerikaanse staten die dit toestaat, belopen de kosten al gauw honderdduizend euro en meer.

Natuurlijk komt er het nodige commentaar op deze manier van een kind verwerven. De Raad voor de Kinderbescherming benadrukt: "Een kind is geen product." Maar verder lees je in reacties in een groot landelijk dagblad niets over de gevolgen voor een zo verwekt kind. Wel een pleidooi om in de media niet meer te spreken over een homostel. Ook worden suggesties gedaan om het allemaal wat gemakkelijker te doen verlopen. Over het belang van het kind lees je echter niets.

Kinderrechten

Artikel 8 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind luidt: "Elk kind heeft recht zijn of haar identiteit te behouden, zoals nationaliteit, naam en familiebanden..." Wat is Mylans identiteit? Is hij deels Zuid-Afrikaans, via de eiceldonor, of deels Cambodjaans door de wijze van gedragen zijn en geboren worden? Hij is in elk geval afgestaan door de Cambodjaanse draagmoeder en hij zal moeten worden geadopteerd door de



partner van Mylans biologische vader.

De Nederlandse overheid en de ambassade negeren eveneens deze Rechten van het Kind, waar in artikel 21 wordt vereist: "Het belang van het kind moet bij adoptie voorop staan. De overheid houdt toezicht op de adoptieprocedure en bestrijdt commerciële praktijken."

Protesteren

Hoe zal Mylan, als hij wat ouder wordt, tegen dit alles aankijken? Tegen de kunstmatige wijze waarop hij is 'samengesteld'? Als hij een jaar of acht is, kan hij vragen gaan stellen, misschien wel waarom hij zo nodig twee vaders moest krijgen, terwijl hij graag zoals elk kind ook een moeder wilde. Als hij nog wat ouder is, kan hij gaan protesteren.

Uit mijn vele gesprekken en contacten met volwassen geadopteerden weet ik hoe moeilijk zij het kunnen hebben met wie zij zijn en waarom het allemaal zo is gegaan, moeilijk met hun identiteit. Voor Mylan geldt dit nog sterker. Een Nederlandse moeder zal hij nooit krijgen. Misschien zal hij wel ooit zijn Cambodjaanse moeder ontmoeten en als hij geluk heeft zijn Zuid-Afrikaanse moeder. Zijn twee vaders zullen hem ongetwijfeld alle mogelijke liefde geven, de last die hij meekrijgt in zijn leven, zal hij zelf moeten dragen.

Identiteitsverwarring

Dergelijke geproduceerde kinderen gaan de samenleving vanwege de noodzakelijke hulpverlening veel geld kosten. Arme Mylan. Ik hoop dat hij in de toekomst de nodige deskundige steun zal krijgen om met zijn complete identiteitsverwarring in het reine te komen.

Wat een naïviteit en wreedheid om zo op de wereld te worden gezet.

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

Abortuspil bij de huisarts? Goed voor niemand

Katholiek Nieuwsblad, 21 april 2017

door Ward Biemans S.J., priester en moraaltheoloog in Amsterdam, en Edward Groenenboom, huisarts in Sommelsdijk

[KatholiekNieuwsblad](#)

De Tweede Kamer merkte kort voor Pasen minister Schippers' wetsvoorstel om de abortuspil in handen van de huisarts te geven als controversieel aan. Dit houdt in dat het demissionaire kabinet het niet verder behandelt. Dat is zeer terecht.

De discussie rond de overtijdbehandeling, in de wandelgangen 'abortuspil', is in volle gang. Minister Schippers (VWS) wil het voorschrijven ervan aan de huisarts overlaten, en daar werd divers op gereageerd. Volgens het Nederlands Huisartsen Genootschap is hij effectief en veilig. Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen, de Nederlandse Gynaecologenvereniging en de Raad van State reageerden kritisch. Terecht, omdat niemand van dit voorstel beter wordt.

De zwangere vrouw

Allereerst de zwangere vrouw zelf niet. Ruim de helft van de ongewenst zwangere vrouwen bezoekt eerst de huisarts. Die kent als het goed is de medische voorgeschiedenis en sociale context van de vrouw en eventueel haar partner. Maar de gemiddelde huisarts krijgt jaarlijks slechts een enkele keer met een abortusverzoek te maken. Dan moet hij of zij een vrouw begeleiden in een beslissing met onomkeerbare gevolgen voor haar



haarzelf en het ongeboren leven.

Vrouwen staan dan veelal onder grote druk: sociaal, financieel, praktisch en ook vaak cultureel. Onderzoek uit 2014 liet zien dat vijf van de zes vrouwen die een abortus wilden een verwijzing naar de abortuskliniek kregen zonder dat alternatieven besproken werden. Hoe weloverwogen is de keuze voor abortus dan? Het is veel verstandiger om huisartsen op te leiden in het counsellen en begeleiden van ongewenst zwangere vrouwen dan hen nu al de mogelijkheid te geven een abortus in gang te zetten door een pil voor te schrijven. Mensen begeleiden in het maken van keuzen over hun gezondheid hoort bij het dagelijks werk van de huisarts. Abortuspillen voorschrijven niet.

De huisarts

Ook de gemiddelde huisarts wordt er niet beter van. Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) stelde in maart 2016 dat de overtijdbehandeling bij de huisarts effectief en veilig is. Daarbij moeten nog wel de juridische en financiële randvoorwaarden worden geregeld. Dat is op dit moment nog niet het geval.

De huidige noodzaak om te verwijzen naar een abortuskliniek kan volgens het NHG voor een deel van de vrouwen een extra belemmering vormen. In het huidige voorstel komt de vrouw voor haar abortuspil met risicovolle bijwerkingen bij een meestal onervaren huisarts. De meeste vrouwen weten dit niet, maar die wetenschap zal de drempel bepaald niet verlagen. Zit de gemiddelde huisarts ook op een dergelijke taakuitbreiding te wachten? Daarnaast is een termijnecho nodig, die de meeste huisartsen niet in hun praktijk tot hun beschikking hebben.

Van groot belang is dat er bij de begeleiding van ongewenst zwangeren tijd is voor de vrouw en haar nood. Dat is momenteel in veel huisartsenpraktijken een knelpunt. Terecht maakt de Landelijke Huisartsenvereniging er een speerpunt van om meer tijd vrij te maken voor de patiënt. Nu die extra tijd er nog niet is, lijkt het niet verstandig het takenpakket van huisartsen uit te breiden.

Verder is de keuze tot abortus ethisch beladen. Het is goed als de huisarts hierin transparant opereert en een zekere neutraliteit bewaart. Met het voorschrijven van een abortuspil wordt die neutraliteit doorbroken.

Het ongeboren leven

Tenslotte is het ongeboren leven met dit voorstel niet gediend. Wij geloven dat menselijk leven vanaf de conceptie beschermwaardig is. Als de huisarts een overtijdbehandeling kan uitvoeren, is het gevaar niet ondenkbeeldig dat er een drempelverlaging optreedt richting abortus provocatus. Dat moeten we niet willen.

De recentelijk gepubliceerde Landelijke Samenwerkingsafpraak Ongewenste Zwangerschap voor artsen geeft aan dat de wettelijke bedenktijd van vijf dagen niet geldt voor een zwangerschap van maximaal zes weken plus twee dagen. Dat is zoals de Wet Afbreking Zwangerschap in de afgelopen jaren ook functioneerde. Het verschil vóór en na deze termijn is echter gradueel en niet principieel. Er is sprake van beginnend leven en het is niet juist als de beëindiging daarvan vergemakkelijkt wordt doordat er geen bedenktijd geldt. Iedere abortus is er één te veel. Laten we investeren in goede counseling en hulp bij ongewenste zwangerschap en niet in verlaging van de drempel tot zwangerschapsafbreking door die in onervaren handen te leggen.

Ward Biemans S.J. en Edward Groenenboom zijn lid van een werkgroep van de Vereniging tot Bescherming van het Ongeboren Kind (VBOK)

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.



Meer gespecialiseerde hulpverlening nodig na onbedoelde zwangerschap

Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek, nr. 1 2017

door drs. W. Biemans SJ STL, priester en moraaltheoloog



Pater. W. Biemans pleit voor uitbreiding van gespecialiseerde hulp na een onbedoelde zwangerschap.

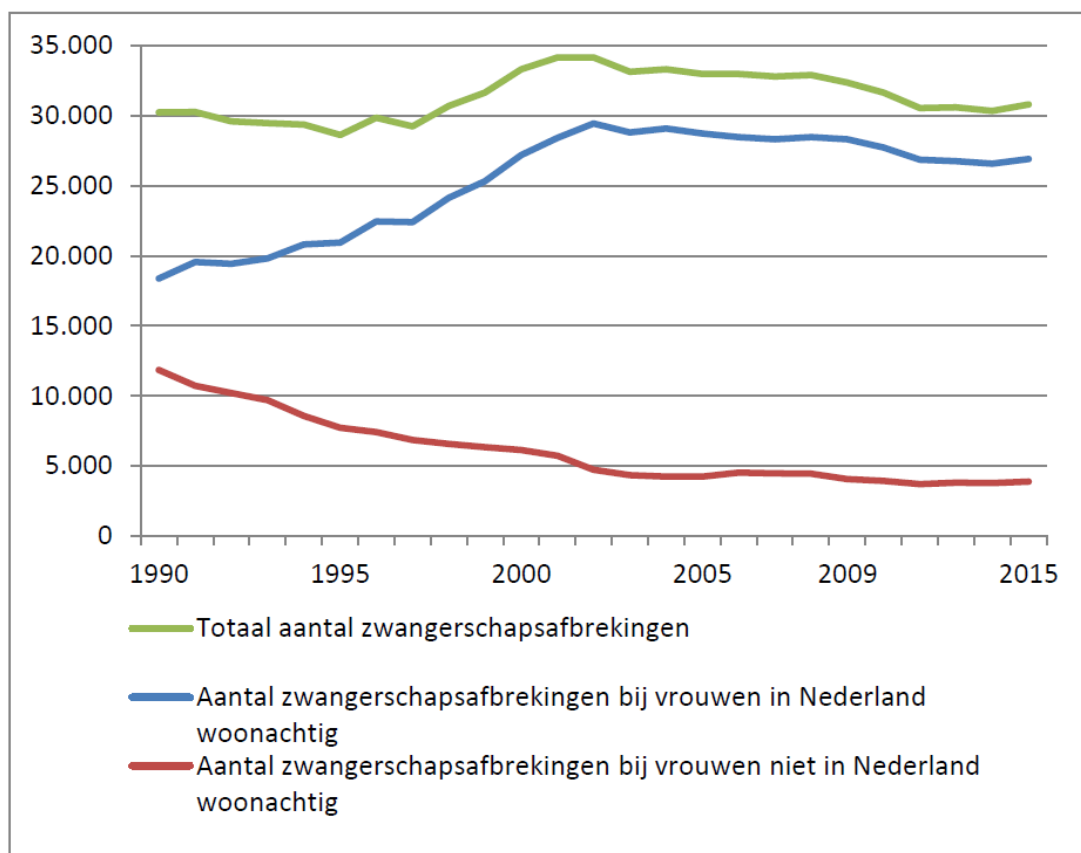
TGE 201701 Biemans en Loeber

Overgenomen met toestemming van *Tijdschrift voor Gezondheidszorg en Ethiek* en Uitgeverij van Gorcum.

Aantal abortussen stijgt in 2015

Inspectie voor de Gezondheidszorg, 9 februari 2017

In 2015 werden in Nederland 30.803 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. De meeste daarvan vonden plaats bij vrouwen tussen 25 en 30 jaar. Dat blijkt uit het jaarlijkse rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over de Wet afbreking zwangerschap.



Aantal abortussen van 1990 – 2015 in Nederland

Het is voor het eerst dat vrouwen tussen 25 en 30 jaar de grootste groep vormen bij de zwangerschapsafbrekingen (7.339 abortussen in deze leeftijdscategorie). Dit was voorheen altijd de groep van 20 tot 25 jaar. In deze groep daalt het aantal abortussen sinds een aantal jaar. De groep 25 tot 30 jaar vertoont een geleidelijke stijging sinds 2007.

In 2015 werden er 3 procent minder tienerzwangerschappen afgebroken dan het jaar ervoor. Sinds 2002 daalt het aantal afgebroken tienerzwangerschappen. Bij 13 procent van de abortussen ging het om vrouwen die in het buitenland wonen en voor de behandeling naar Nederland kwamen.

In 1024 gevallen (4,6 procent van de zwangerschapsafbrekingen) was er een relatie tussen prenatale diagnostiek en de abortus. Dit is vergelijkbaar met voorgaande jaren.

Er waren in 2015 30.803 zwangerschapsafbrekingen, 442 meer dan in het jaar ervoor. Sinds 2008 was er sprake van een licht dalende trend in het aantal abortussen. Deze trend zet zich in het jaar 2015 dus niet voort.



[Jaarrapportage 2015 van de Wet afbreking zwangerschap](#)Download

EU-bisschoppen blij met oordeel draagmoederschap

Katholiek Nieuwsblad, 1 februari 2017

[KatholiekNieuwsblad](#)

De Commissie van Europese Bisschoppenconferenties COMECE is blij met het recente oordeel van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) over het draagmoederschap. De Grote Kamer oordeelde onlangs dat landen niet verplicht zijn ouderlijke rechten te erkennen indien er geen biologische band bestaat met het kind.

Daarmee is erkent het EHRM dat het de exclusieve competentie van staten is om naar eigen wetgeving de wettelijke ouder-kindrelatie te erkennen, aldus de COMECE in een verklaring.

Biologische band

Het hof oordeelde in een Italiaanse zaak dat de overheid legitiem had gehandeld door de ouderlijke zeggenschap van een draagmoederkind te ontnemen omdat geen van beide 'ouders' een biologische band hadden met het kind.

Ruime marge

Ook erkende het Hof dat in ethisch gevoelige zaken individuele EU-lidstaten een ruime marge van beoordeling hebben. Het EHRM oordeelde bovendien dat de zaak niet als een 'gezinskwestie' kan worden gekwalificeerd.

Risico's

De COMECE reageerde verheugd op de uitspraak en herhaalde haar verzet tegen "instrumentalisering van draagmoeders". Ook wijst zij op het grote belang kinderen te beschermen tegen illegale praktijken die soms leiden tot mensensmokkel, zoals ook het Hof erkent.

De COMECE publiceerde eerder een visie op draagmoederschap waarin de noodzaak wordt onderstreept om de meest kwetsbaren tegen schadelijke praktijken te beschermen. (KN/COMECE)

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

European Court of Human Rights: a key decision on surrogate motherhood



COMECE, 25 januari 2017

The Grand Chamber Judgment clarifies that there is no obligation to recognise parental ties if there is no biological link.

The European Court reaffirms the State's exclusive competence to recognise a legal parent-child relationship and the State's prerogatives in safeguarding its public order.

The Judgment of the Grand Chamber in the case of *Paradiso and Campanelli v. Italy* clarifies that the Italian



authorities' withdrawal of the custody of a child born from surrogacy, who had no biological link with the intended parents, was legitimate.

The Court also positively confirms that on ethically sensitive issues, Member States enjoy a wide margin of appreciation. Furthermore, the Court concluded that the case at issue did not qualify as "family life".

COMECE welcomes this decision and recalls its opposition to the instrumentalisation of gestational mothers as well as the key importance of protecting children against illicit practices, some of which may amount to human trafficking, as also acknowledged in the judgment.

The COMECE Reflection Group on Bioethics published an [Draagmoederschap COMECE 2015](#) "Opinion on Gestational Surrogacy" which highlights once again the need to protect the most vulnerable against harmful practices.

Zwangere vrouwen al rond dertien weken echo aanbieden

Persbericht

Gezondheidsraad, 22 december 2016



De Gezondheidsraad adviseert om vrouwen tijdens hun zwangerschap al rond dertien weken een echo aan te bieden als onderdeel van het programma van prenatale screening. Veel afwijkingen die nu bij de 20-wekenecho worden opgespoord, kunnen namelijk ook al eerder ontdekt worden. Daarbij zou nog wel onderzocht moeten worden wat zo'n vroege echo precies oplevert en hoe vrouwen deze ervaren. Dat schrijft de raad aan de minister van VWS.

In zijn advies schetst de raad in hoeverre de recente technologische ontwikkelingen aanleiding zijn tot aanpassing van de prenatale screening op aangeboren afwijkingen. Het ideale programma omvat volgens de raad drie onderdelen: een niet-invasieve test (NIPT) voor screening op chromosomale afwijkingen (voorlopig beperkt tot downsyndroom, edwardssyndroom en patausyndroom), een echo rond dertien weken in het kader van een landelijk wetenschappelijk onderzoek en een echo bij twintig weken.

Onderzoek laat zien dat ongeveer de helft van aandoeningen die nu bij twintig weken ontdekt worden ook al rond dertien weken zichtbaar zijn op een echo. Het gaat om ernstige aandoeningen die vaak niet met het leven verenigbaar zijn. Voordeel van vroege opsporing is dat er meer tijd is voor vervolgonderzoek en voor een beslissing om de zwangerschap al dan niet uit te dragen. Nadeel is dat een extra echo kosten meebrengt en ook tot ongerustheid kan leiden als er veel onterechte of onduidelijke bevindingen zijn. Daarom moet onderzocht worden hoe de voor- en de nadelen zich tot elkaar verhouden. Verder moet de echo bij twintig weken blijven bestaan, omdat niet alle afwijkingen al rond dertien weken te zien zijn.

De raad adviseert NIPT te gaan gebruiken voor de screening op downsyndroom, Edwardssyndroom en Patausyndroom. Deze test presteert namelijk beter dan de huidige combinatietest. De raad verwacht dat NIPT in de toekomst ook gebruikt kan worden om andere erfelijke aandoeningen op te sporen, maar daarvoor is het nu



nog te vroeg.

Voor de counseling over de screening zou meer tijd genomen moeten worden. Ook kan de informatie en ondersteuning beter afgestemd worden op de behoefte van de zwangere. Goede counseling is essentieel om ervoor te zorgen dat vrouwen op basis van gedegen informatie een vrijwillige keuze kunnen maken om wel of niet mee te doen aan de screening.

In de toekomst kan de screening verder uitgebreid worden. De raad heeft daarvoor criteria geformuleerd. Belangrijk blijft dan dat het moet gaan om een ernstige aandoening, en dus niet om screening op bijvoorbeeld oogkleur. Verder moet niet gescreend worden op ziektes die pas later in het leven optreden, om te voorkomen dat kinderen belast worden met kennis die ze misschien niet willen hebben. Doel van de screening is om zwangeren (en hun partners) de mogelijkheid te geven om zelf te beslissen over de zwangerschap. Ook vindt de raad het essentieel dat de screening voor alle zwangere vrouwen toegankelijk is.

Zie eerste commentaren in Katholiek Nieuwsblad

Ook de minister was ooit een 'bolletje cellen'

Katholiek Nieuwsblad, 8 juni 2016

door Arthur Alderliesten, directeur van de VBOK

KatholiekNieuwsblad

Aan alle kanten staat het ongeboren leven onder druk. Kunnen we daar iets tegenover stellen?

Het ongeboren leven staat zwaar onder druk. Dat blijkt uit drie recente ontwikkelingen: één op de vier zwangerschappen eindigt in een abortus, zo blijkt uit wereldwijd onderzoek.

Downvrije samenleving

Daarnaast wil minister Schippers wettelijke ruimte bieden om embryo's te kweken voor wetenschappelijk onderzoek. Wanneer dezelfde minister de zogeheten NIP-test, waarmee onder meer Downkinderen opgespoord worden, opneemt in het basispakket, zal Nederland op termijn een vrijwel 'Downvrije' samenleving kennen. Zo'n 90% van de vrouwen blijkt na een positieve uitkomst van de test namelijk over te gaan tot een abortus.

Het zijn schrikbarende en ten hemel schreiende ontwikkelingen. Wat is de oorzaak hiervan? Is het schip te keren? Zo ja, hoe dan?

Angstaanjagend tempo

De visie die deze ontwikkelingen in een angstaanjagend tempo voortstuwt, is dat een embryo (tot circa 8 weken) en een foetus nauwelijks als een 'mens' wordt gezien. Zelfs de 'onafhankelijke' NOS zette het woordje 'mens' tussen aanhalingstekens toen het ging over een embryo (vrijdag 27 mei, 'Wetenschappers mogen embryo's gaan maken voor onderzoek').

Wel zijn embryo's 'bolletjes van een paar honderd cellen zonder hoofd, romp, ledematen en geslacht'. Leven dat ontstaat vanuit de bevruchting is echter menselijk leven en dient daarom beschermd te worden.

Een bolletje cellen

Menselijk leven is niet een te fabriceren product waarvoor je de processen in een laboratorium opstart.

Menselijk leven is niet als een apparaat dat je laat vernietigen als het anders is dan je verwachtte. Menselijk leven waren u en ik, toen we nog embryonaal vormloos waren in de buik van onze moeders, maar van wie God



zegt dat zijn oog ons al zag (psalm 139,16).

Ook ministers en Tweede Kamerleden waren ooit een bolletje van een paar honderd cellen.

Absoluut kwaad

Paus Franciscus sprak zich onlangs uit over anticonceptie in verhouding tot abortus. Het vermijden van een zwangerschap noemt hij geen absoluut kwaad; abortus een misdaad, een absoluut kwaad. Dit onderscheid onderstreept waarom het de moeite waard is een zwangerschap uit te dragen.

Het leven is namelijk waardevol in zichzelf. Ook het ongeboren leven. Abortus is een ingrijpende ingreep in het leven van de vrouw die het ondergaat.

Emotioneel

Dat komt omdat we het verwijderen van een ongeboren menselijk leven niet gelijkschakelen aan het weggooien van een overrijpe broccoli die te lang in de koelkast heeft gelegen. Dat beseffen ook vrouwen die weten van het leven in hun buik, zo blijkt uit het onderzoek Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap (2012).

Een deel van de ondervraagde vrouwen die overgingen tot abortus gaf aan dat zij er bewust voor koos afstand te bewaren tot de zwangerschap. Dit deden ze om het emotioneel minder moeilijk te maken en om hechting aan de vrucht, om het ontwikkelen van moedergevoelens te voorkomen.

Liefde overwint angst

Menselijk leven – ook ongeboren leven – is een gave die je in staat stelt het lief te hebben. Liefde overwint angst. Angst voor een ongewisse toekomst. Laten we eerlijk zijn: de situatie rond een onbedoelde zwangerschap is dikwijls complex en zeer stressvol.

Wanneer de liefde ontbreekt, raken we in onszelf gekeerd en ontvankelijk voor afwijzing, afstoting, met in het uiterste geval een gewelddadige, geprovoceerde afbreking van de zwangerschap.

Waarde van het leven

Het maatschappelijk gesprek rond abortus zou vooral moeten gaan over de waarde van het ongeboren menselijk leven. We moeten het niet zozeer hebben over anticonceptie, maar vooral werken aan alternatieve oplossingen voor een vrouw die onbedoeld zwanger is geraakt.

Laten we een setting creëren vol van liefde, zachtmoedigheid en barmhartigheid. Jegens de vrouw, de tienermoeder, het nog ongeboren kind.

Júíst binnen de Kerk, omdat we daar het leven zien als een geschenk uit Gods hand.

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

Embryo's kweken schendt menselijke waardigheid

Katholiek Nieuwsblad, 4 juni 2016

door Willem Jacobus kardinaal Eijk, referent medisch-ethische kwesties voor de Nederlandse bisschoppenconferentie, adviseur van de Katholieke Stichting Medische Ethiek

[KatholiekNieuwsblad](#)

Mogen menselijke embryo's gekweekt worden voor wetenschappelijk onderzoek, zoals het kabinet overweegt? Kardinaal Eijk reageert in Katholiek Nieuwsblad namens de bisschoppenconferentie. "De Kerk zegt ja tegen het



leven, maar nee tegen de schending van de waardigheid ervan.”

De Embryowet uit 2002 staat alleen het kweken van embryo's toe ten behoeve van het tot stand brengen van een zwangerschap. Zij biedt de mogelijkheid om – zij het met een groot aantal restricties – wetenschappelijk onderzoek te doen met zogeheten restembryo's. Dit zijn embryo's die door in-vitrofertilisatie zijn verkregen binnen het kader van een procedure om een zwangerschap tot stand te brengen, maar daar niet meer voor gebruikt zullen worden en daarom in het laboratorium achterblijven. De Embryowet biedt wel de mogelijkheid om bij Algemene Maatregel van Bestuur op termijn ruimte te bieden om embryo's te kweken met alleen wetenschappelijk onderzoek als doel. Van deze mogelijkheid is echter nooit gebruik gemaakt.

Opheffen verbod

Daar zal nu verandering in komen. In haar brief aan de Tweede Kamer van 27 mei 2016 laat minister Schippers de reactie weten van het kabinet op het rapport Onderzoek naar speciaal kweken (19 maart 2015), waarin de bevindingen zijn neergelegd van het onderzoek dat Pallas health research and consultancy heeft uitgevoerd in opdracht van het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport).

Doel van dit onderzoek was de Embryowet uit 2002 te evalueren en te bezien of met het oog op de medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen op het terrein van de transplantatiegeneeskunde en de voortplantingsgeneeskunde het tot stand brengen van embryo's voor wetenschappelijk onderzoek wellicht nodig zou zijn. Het onderzoeksbureau concludeert dat dit het geval is en adviseert daarom het algeheel verbod op het kweken van embryo's uitsluitend voor wetenschappelijk onderzoek op te heffen.

Nee, tenzij-beleid

Minister Schippers laat nu aan de Tweede Kamer weten dat het kabinet overweegt om dit advies over te nemen en bij wet mogelijkheden te creëren voor het kweken van embryo's voor wetenschappelijk onderzoek. Op basis van genoemd rapport beoogt zij niet een volledig loslaten van het verbod om embryo's tot stand te brengen voor wetenschappelijk onderzoek. Zij kiest voor een 'nee, tenzij'-beleid, dat inhoudt dat onder strikte condities ruimte wordt geboden voor het kweken van embryo's voor wetenschappelijk onderzoek dat nodig is voor de ontwikkeling van belangrijke klinische toepassingen.

Haar staan daarbij de volgende voorwaarden voor ogen:

1. Kweken van embryo's zal alleen worden toegestaan ten behoeve van klinische doeleinden op het gebied van een drietal terreinen: de behandeling van onvruchtbaarheid met ingevroren en buiten het lichaam gerijpt weefsel, bijvoorbeeld geslachtscellen van kinderen die wegens leukemie een behandeling moeten ondergaan waardoor zij onvruchtbaar worden, kunstmatige voortplantingstechnieken, bijvoorbeeld de behandeling van onvruchtbaarheid met stamcellen die verkregen zijn uit embryonale stamcellen, en de behandeling van erfelijke of aangeboren aandoeningen (met name van erfelijke afwijkingen van de mitochondriën, structuren in de cel buiten de celkern die zorgen voor de energieproductie in de cel). Het onderzoek moet direct relevant zijn voor de klinische toepassing in kwestie om te waarborgen dat het daadwerkelijk gericht is op gezondheidswinst en het krijgen van gezonde kinderen. Ander onderzoek – bijvoorbeeld ten behoeve van transplantatiegeneeskunde en fundamenteel onderzoek – blijft nu nog uitgesloten, zo stelt de minister uitdrukkelijk. Dit betekent dat het kweken van embryo's ook ten behoeve van andere klinische doeleinden en misschien ook niet-klinische doeleinden op termijn niet wordt uitgesloten.
2. Voorstellen voor onderzoek met embryo's moeten worden beoordeeld door de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), zoals nu reeds in de wet verankerd is. Deze commissie hanteert daarvoor ten minste vier criteria:
 - a. Het onderzoek moet direct relevant zijn voor de kliniek en redelijkerwijs leiden tot nieuwe inzichten op de



genoemde drie terreinen.

- b. De resultaten van het onderzoek zijn uitsluitend te verkrijgen door het gebruik van embryo's die speciaal daarvoor tot stand zijn gebracht. Als het onderzoek ook met restembryo's kan worden verricht of eventueel zonder embryo's, dan wordt geen toestemming verleend.
- c. Het onderzoek en de uitvoering ervan moeten voldoen aan de geldende kwaliteitseisen voor onderzoek.
- d. Het medische doel en de opzet van het onderzoek staan in een redelijke verhouding tot de bezwaren van het speciaal kweken van embryo's voor dat onderzoek.

3. Embryo's mogen niet langer dan veertien dagen buiten het lichaam worden doorontwikkeld, zoals reeds in de Embryowet is vastgelegd.

4. Donoren van geslachtscellen voor het tot stand brengen van embryo's moeten goed worden begeleid, adequaat geïnformeerd en expliciet toestemming geven voor het gebruik van de geslachtscellen die zij hebben gedoneerd, voor het kweken van embryo's.

Nieuwe voortplantingstechnieken

Welke zijn de overwegingen van de minister om het algeheel verbod op het tot stand brengen van embryo's speciaal voor wetenschappelijk onderzoek los te laten en daar onder strikte condities ruimte voor te bieden? Zij doet dat op basis van de afweging van een aantal waarden tegenover elkaar: de waarde van het leven, de waarde van gezondheidswinst en de waarde van welzijn doordat iemand eigen kinderen kan krijgen door de ontwikkeling van nieuwe voortplantingstechnieken. Het spreekt voor zich dat gezondheidswinst een belangrijke waarde is. Voor een groot aantal erfelijke en aangeboren aandoeningen is geen (adequate) behandeling beschikbaar. Deze ziektes brengen voor degenen die erdoor getroffen zijn, en hun ouders een groot lijden met zich mee. Ook is het onvermogen om eigen kinderen te krijgen een bron van heel veel lijden. Mensen hebben immers een natuurlijk verlangen om zich voort te planten. Het is daarom van het grootste belang dat wetenschappelijk onderzoek wordt gedaan om nieuwe therapieën te ontwikkelen voor ziekten waar we nog geen antwoord op hebben.

Gezondheidswinst

De waarden die minister Schippers in haar brief noemt zijn echter niet alle drie van hetzelfde niveau. Het menselijk leven is een essentiële en fundamentele waarde: het is een waarde die niet tegen andere waarden kan worden afgewogen. De menselijke persoon en ook zijn lichaam zijn een waarde in zich, die nooit ofte nimmer mag worden gedegradeerd tot een puur middel om een of ander doel te realiseren, hoe goed dat doel op zich ook mag zijn, zoals de gezondheidswinst van anderen of het welzijn doordat iemand eigen kinderen kan krijgen. Het leven van een mens mag niet worden opgeofferd voor de gezondheidswinst of het welzijn van anderen.

Toekomstige persoon

De minister gaat in haar brief niet in op de vraag welke de status is van het menselijk embryo, dat wil zeggen of het embryo een menselijke persoon is of niet. In de huidige westerse cultuur is men geneigd het menselijk wezen pas als een persoon met alle rechten van dien te beschouwen wanneer het manifest een zekere mate van bewustzijn of zelfs een volledig bewustzijn heeft. Echter, de aanleg van de hersenstructuren die het bewustzijn mogelijk maken, ligt besloten in de chromosomen die al vanaf de bevruchting aanwezig zijn. Op geleide van het DNA ontwikkelt het embryo zich vanaf de bevruchting autonoom, gecoördineerd, doelgericht, continue en geleidelijk. Het DNA bepaalt grotendeels de verdere ontwikkeling van het embryo, die zonder onderbrekingen verloopt. Waarom is de bevruchte eicel dan geen menselijke persoon die als zodanig respect verdient? (vgl. *Donum Vitae* I,1, *Evangelium Vitae* nr 60). En zelfs al zou het embryo in de eerste stadia van de ontwikkeling nog geen menselijke persoon zijn, het heeft dan in ieder geval volgens Gods scheppingsordening



de essentiële doelgerichtheid om dat te worden. We houden bij onze zorg voor het milieu rekening met de toekomstige generaties. Bij het menselijk embryo dienen we zonder meer rekening te houden met de toekomstige persoon die daaruit voortkomt.

Ja tegen leven

“De waardigheid van de persoon moet in iedere mens erkend worden vanaf de conceptie tot aan de natuurlijke dood. Dit fundamentele principe brengt een groot ‘ja’ voor het menselijk leven tot uitdrukking en dient de kern te zijn van ethische reflectie over bio-ethisch onderzoek, dat in de wereld van vandaag steeds belangrijker wordt” (Dignitas Personae nr 1). De Kerk staat heel positief tegenover wetenschappelijk onderzoek waardoor nieuwe therapieën worden ontdekt. Omdat zij neen zegt tegen wetenschappelijk onderzoek met embryo’s waardoor de menselijke waardigheid wordt geschonden, wordt haar leer op dit terrein vaak als negatief afgeschilderd. Maar de leer van de Kerk is niet negatief: zij houdt alleen een neen in tegen wetenschappelijk onderzoek als daarvoor embryo’s worden opgeofferd die als menselijke personen dienen te worden gerespecteerd. Dit betekent een ja tegen het menselijk leven en een neen tegen de schending van de waardigheid ervan.

Reageerbuisbevruchting

Als het embryo een mens is met de morele status van dien, dan valt het onder dezelfde normen als die gelden voor experimenten met proefpersonen in het algemeen. Wetenschappelijk onderzoek bij embryo’s zou in theorie plaats kunnen vinden als het ging om een experimentele vorm van medische behandeling waar het embryo in kwestie zelf therapeutisch voordeel van heeft. In theorie, want we kunnen het embryo bij de huidige stand van zaken alleen in handen hebben, wanneer het door een reageerbuisbevruchting tot stand is gebracht, waartegen fundamentele morele bezwaren bestaan. Onderzoek met embryo’s zonder therapeutisch voordeel voor het embryo zelf of ten behoeve van het vermeerderen van wetenschappelijk kennis is onacceptabel, omdat het embryo erdoor wordt geïnstrumentaliseerd (Donum Vitae I,4; vgl. Evangelium Vitae 1995, nr. 63). Wetenschappelijk onderzoek mag niet gepaard gaan met het doden van mensen of het gebruik van technieken die de essentiële waarde van de menselijke persoon of diens integrale welzijn schenden en dat geldt ook voor het menselijk leven vóór de geboorte.

Waardigheid van embryo’s

Het instrumentaliseren van menselijke restembryo’s voor wetenschappelijk onderzoek, hetgeen in Nederland door de Embryowet uit 2002 onder voorwaarden wordt toegestaan, betekent een schending van hun fundamentele waardigheid. Nu heeft het kabinet het voornemen om onder voorwaarden ook het tot stand brengen van embryo’s speciaal voor wetenschappelijk onderzoek toe te staan. Dit impliceert een nog ernstiger schending van de waardigheid van menselijke embryo’s, omdat zij van meet af aan opzettelijk tot stand worden gebracht met als doel ze in wetenschappelijk onderzoek te verbruiken. Het is daarom te hopen dat het kabinet van dit voornemen afziet.

Huwelijksdaad

Wat betreft de ontwikkeling van nieuwe voortplantingstechniek geldt dat deze alleen aanvaardbaar zijn als zij bij tot stand brengen van de bevruchting de huwelijksdaad helpen haar natuurlijk doen te bereiken en die niet vervangen. Het laatste is het geval bij bijvoorbeeld in-vitrofertilisatie. Het kind is namelijk alleen de vrucht van de ouderliefde als het is verwekt via de huwelijksdaad. Dan is het de vrucht van de wederzijds totale gave van man en vrouw aan elkaar in het huwelijk, waarvan de huwelijksdaad op lichamelijk vlak het authentieke teken is. Wordt de bevruchting tot stand gebracht door een kunstmatige bevruchtingstechniek die de huwelijksdaad vervangt, dan is het kind niet de vrucht van de ouderliefde, maar het product van een techniek die door derden in het laboratorium wordt toegepast (Donum Vitae II,B,4-5; Dignitas Personae nr.16).



Overgenomen met toestemming van *Katholiek Nieuwsblad*

Voorstel verruiming experimenten met embryo's

Overheid, 27 mei 2016

Minister Schippers schrijft in een brief aan de Tweede Kamer dat ze de mogelijkheden om experimenten te doen met embryo's wil verruimen. Het gaat om onderzoek op het gebied van onvruchtbaarheid, kunstmatige voortplantingstechnieken en erfelijke of aangeboren aandoeningen. De *ChristenUnie* en de SGP vinden de verruiming te ver gaan, het CDA heeft nog niet gereageerd.

Binnen de Katholieke Stichting Medische Ethiek is al eerder nagedacht over experimenten met embryo's:

Prof.dr. W.J. Eijk over experimenten met embryo's (1997)

Mgr.dr. W.J. Eijk over de status van het embryo vanaf de conceptie

Huidige abortuswetgeving en -praktijk vertonen inconsistenties

Pro Vita Humana, 1 april 2016

door drs. Ward J.A. Biemans SJ, spiritueel van het Ariënsinstituut



Samenvatting

De huidige abortuswetgeving en -praktijk vertonen inconsistenties. Deze inconsistenties hebben betrekking op het vaststellen van een noodsituatie, op het bespreken van alternatieven voor abortus en op de wederzijdse informatieverstrekking, zowel door de arts(-assistent) als door de vrouw. Uit internationaal onderzoek blijkt dat circa 20% van de vrouwen die een abortus hebben ondergaan lijdt aan ernstige mentale gezondheidsproblemen. De onafhankelijke counseling van vrouwen na onbedoelde zwangerschap zou daarom aanzienlijk moeten worden uitgebreid.

Summary

The current abortion legislation and practice show inconsistencies. These inconsistencies regard the determination of an emergency situation, the discussion of alternatives to abortion and the reciprocal provision of information, both by the doctor or nurse and by the woman. International research makes clear that some 20 percent of the women who have had an abortion suffer from severe mental health problems. The independent counselling of women after an unintended pregnancy should therefore be expanded substantially.

Minister Schippers van Volksgezondheid (VVD) heeft in het Kamerdebat van 3 maart jl. over de huidige abortuspraktijk een evaluatie toegezegd van de Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ). In dit artikel wordt betoogd dat er serieuze lacunes zijn bij de uitvoering van de WAZ. Deze lacunes hebben betrekking op het vaststellen van een noodsituatie, op het bespreken van alternatieven voor abortus en op de wederzijdse



informatieverstrekking, zowel door de arts(-assistent) als door de vrouw. De onafhankelijke counseling van vrouwen na onbedoelde zwangerschap zou daarom aanzienlijk moeten worden uitgebreid.

De Wet Afbreking Zwangerschap (WAZ) en de huidige praktijk in Nederland

Na lange debatten werd in 1980 de WAZ aangenomen in de Tweede Kamer (76 tegen 74 stemmen) en in 1981 in de Eerste Kamer (38 tegen 37 stemmen). De wet kent een aantal voorschriften, waaraan klinieken en ziekenhuizen dienen te voldoen voordat zij legaal een abortus kunnen verrichten. Hieronder zullen de volgende vier voorschriften van de WAZ worden besproken, om de mate van consistentie tussen wet en praktijk te kunnen beoordelen:

- 1) Iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap dient alleen dan te worden uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt; (1)
- 2) Verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap dient te worden verstrekt; (2)
- 3) De arts dient zich ervan te vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeborn leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren; (3)
- 4) De arts verricht de behandeling slechts indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten. (4)

1. Afbreken van zwangerschap alleen in noodsituatie

Iedere beslissing tot het afbreken van zwangerschap dient alleen dan te worden uitgevoerd, indien de noodsituatie van de vrouw deze onontkoombaar maakt.

Dit criterium suggereert een objectieve situatie van hoge urgentie. In de huidige praktijk in abortusklinieken en ziekenhuizen wordt echter vooral het subjectieve karakter benadrukt, namelijk hoe de vrouw haar situatie ervaart als noodsituatie. Al tijdens het parlementaire debat in 1979, bij de introductie van de WAZ werd duidelijk dat de wetgever niet wilde omschrijven wat voor situaties beschouwd zouden moeten worden als noodsituaties. (5) In latere debatten over de abortuswetgeving is dit zo gebleven. In 2010 gaf toenmalig staatssecretaris van Volksgezondheid Bussemaker (nu minister van Onderwijs, PvdA) als antwoord op de vraag wat verstaan moet worden onder een noodsituatie: "Dat oordeel kan alleen door de vrouw worden gegeven, vaak in overleg met de partner en in ieder geval met de arts... Het is voor een buitenstaander, ook voor mij, niet mogelijk om te bepalen wat een noodsituatie is." (6) En in april 2011 werd aan minister Schippers de vraag gesteld of de regering inzicht heeft in de achtergronden van de enorme stijging van het aantal abortussen onder vrouwen die in Nederland wonen in de achterliggende 20 jaar (een stijging van ruim 18.000 naar ruim 28.000 abortussen). Zij antwoordde dat ze geen reden zag tot verder onderzoek. (7) Vijf jaar later is ze hierop teruggekomen met haar toezegging van de nieuwe evaluatie van de WAZ.

In de Richtlijn begeleiding van vrouwen die een zwangerschapsafbreking overwegen van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) staan eveneens geen criteria voor wat verstaan dient te worden onder een noodsituatie. (8) Volgens de hoofden van abortusklinieken zou het zelfs onwenselijk zijn wanneer de wetgever in de WAZ zou omschrijven wat onder een noodsituatie dient te worden verstaan, vanwege het 'subjectieve' karakter van de term 'noodsituatie'. (9)

Toch kan het ook anders. In Duitsland is het al jaren praktijk dat een onafhankelijk counselor – en dus niet de abortusarts – de noodsituatie beoordeelt. Abortus is in Duitsland alleen toegestaan tijdens het eerste trimester van de zwangerschap, tot en met 12 weken en dus niet tot en met 24 weken zoals in Nederland. Het aantal abortussen per 1.000 vrouwen tussen de 15 en 44 jaar in Duitsland (5,6 in 2013) ligt aanmerkelijk lager dan in Nederland (8,5 in 2013). (10) Na de vereniging van Duitsland besliste het Grondwettelijk Hof in 1993 dat de counseling gericht moet zijn op de bewustwording van de vrouw van de rechten van de ongeborene en op het



stimuleren van het uitdragen van de zwangerschap. (11) In 1995 werd deze uitspraak van het Hof enigszins gewijzigd onder invloed van het politieke debat. De doelen die het Hof stelde, bleven overeind, maar werden aangevuld door te stellen dat de counseling dient te vertrouwen op de verantwoordelijkheid van de vrouw. De counselor dient erop gericht te zijn het inzicht en mogelijkheden van de vrouw in haar situatie te verruimen, maar dient tevens begrip te tonen voor de situatie waarin de vrouw zich bevindt. (12) Sinds 1995 is de wettelijke regeling in Duitsland weinig veranderd, behoudens een aanvullende regeling voor late zwangerschappen uit 2009. (13)

2. Verantwoorde voorlichting over alternatieven

Verantwoorde voorlichting over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap dient te worden verstrekt;

Tijdens het intakegesprek in de abortuskliniek of het ziekenhuis is de verpleegkundige of de maatschappelijk werker die het gesprek voert verplicht om te informeren over andere oplossingen van haar noodsituatie dan het afbreken van de zwangerschap. Hierbij valt te denken aan financiële steun van overheidswege, hulpverlening door instanties als FIOM, Siriz of Timon, mantelzorg, pleegzorg of adoptie. Echter, de evaluatie van de WAZ in 2005 liet zien dat in een meerderheid van de intakegesprekken (57% in klinieken en 64% in ziekenhuizen) het scenario van het uitdragen van de zwangerschap niet werd besproken. (14) In antwoord op de vraag waarom dit zo vaak niet wordt besproken, antwoordden de hoofden van abortusklinieken en hun medewerkers dat dit alleen het geval is wanneer de vrouw zelf een gesprek over alternatieven begint of wanneer de verpleegkundige of maatschappelijk werker van mening is dat een alternatieve oplossing mogelijk is (in geval van twijfel, gewetensbezwaren of een lange zwangerschap). (15)

De praktijk van het alleen dan bespreken van alternatieven wanneer de vrouw dit wenst, is opgenomen in de NGvA-richtlijn. (16) Als motivering voor deze benadering stelt de NGvA dat het bespreken van alternatieven vooral nodig is bij die vrouwen die nog geen keuze hebben gemaakt. (17) Deze praktijk vind ik zorgwekkend, aangezien een significant percentage van de onderzochte vrouwen, variërend van 24-37%, twijfels had voor en tijdens het intakegesprek. 12-14% had zelfs ernstige twijfels. Echter, een meerderheid van alle twijfelende vrouwen liet deze twijfels niet merken aan de verpleegkundige of maatschappelijk werker in de kliniek of in het ziekenhuis. (18)

3. Pleidooi voor onafhankelijke counseling

De vergelijking met Duitsland liet al zien dat een andere benadering ook mogelijk is, hetgeen wordt bevestigd in de internationale literatuur. Zo heeft Monica O'Reilly, een Amerikaanse gezinsverpleegkundige, uitvoerig onderzoek verricht naar de begeleiding van vrouwen die onbedoeld zwanger zijn. (19) Allereerst zou in deze begeleiding een verheldering van de waarden die de vrouw hanteert, aan bod moeten komen. Hierdoor zouden zowel invloeden van buitenaf – van de mannelijke verwekker, van de naaste familie, of van hulpverleners – als ook van binnenuit – iemands waarden en normen – geïdentificeerd moeten worden. Het kan uitermate pijnlijk zijn voor de vrouw, wanneer zij bijvoorbeeld aanvankelijk de zwangerschap wel wil uitdragen, maar wanneer de man zich onverschillig of zelfs negatief opstelt. Wanneer zij tijdens het intakegesprek zwijgt over deze problematiek, uit angst of omdat zij van mening is dat zij alleen het kind geen goede toekomst kan bieden, dan kan een beslissing tot het afbreken van de zwangerschap ernstige mentale gezondheidseffecten met zich meebrengen. (20) Het omgekeerde kan ook voorkomen, dat de man wel zijn verantwoordelijkheid zou willen nemen bij de opvoeding, maar dat de vrouw desondanks besluit over te gaan tot een abortus. De man staat in dat geval juridisch machteloos. Er zijn tenslotte ook situaties bekend, waarin een jonge vrouw twijfelt over een abortus, omdat zij zelf het kind wenst, maar haar ouders en/of de ouders van haar partner grote bezwaren hebben, bijvoorbeeld omdat zij financieel bijdragen aan de studie of woonruimte. Om deze redenen pleit O'Reilly voor een non-directieve counselingpraktijk, waarbij alle relevante opties aan bod komen. In het geval



van onbedoelde zwangerschap houdt dit tevens in het bespreken van ouderschap, pleegzorg of adoptie. Volgens O'Reilly zou deze vorm van counseling de standaard praktijk moeten zijn voor alle counselors. (21)

In de evaluatie van de Nederlandse abortuswetgeving van 2005 werd aan counselors in klinieken en ziekenhuizen eveneens gevraagd of zij tijdens het intakegesprek zouden spreken over alternatieven voor abortus in het specifieke geval van een foetale afwijking, gediagnostiseerd door prenataal onderzoek. De redenen die zij gaven om dit niet te doen, zijn heel uiteenlopend: in twee gevallen had de prenatale diagnostiek een ernstig gehandicapte tweeling en een kind met het Down syndroom geïndiceerd. In andere gevallen liet de vrouw geen twijfels zien, of het betrof een heel vroege zwangerschap, of de vrouw wilde niet praten over alternatieven. (22) Echter, in de meeste gevallen was de zwangerschap aanvankelijk (zeer) gewenst. De mogelijkheid van een kind met een beperking kan veel emotie oproepen bij de ouders, zoals verdriet, maar ook angst, verbijstering, schuldgevoelens of boosheid. Tegelijkertijd kan een acceptatie van de zwangerschap een verrijking van hun leven met zich meebrengen, al zal dit gepaard gaan met vele onzekerheden. Om deze redenen is een zorgvuldige, non-directieve reflectie nog meer gewenst, waarbij eveneens aandacht moet zijn voor de waarden en normen van waaruit de ouders van het kind willen handelen. Tevens dient voorlichtingsmateriaal over behandelingsperspectieven, toekomstperspectieven en zorgfaciliteiten ter beschikking gesteld te worden en te worden besproken. Kortom, onafhankelijke counseling zoals onder meer Siriz die verleent, verdient ook in deze gevallen alle steun, eveneens in politieke zin, veel meer dan momenteel het geval is.

4. Consistent, vrijwillig verzoek na zorgvuldige overweging

De arts dient zich ervan te vergewissen dat de vrouw haar verzoek heeft gedaan en gehandhaafd in vrijwilligheid, na zorgvuldige overweging en in het besef van haar verantwoordelijkheid voor ongeborn leven en van de gevolgen voor haarzelf en de haren; Hierboven ging het al over het besluitvormingsproces na onbedoelde zwangerschap. Het derde WAZ-voorschrift gaat onder meer over de gevolgen van de besluitvorming. De Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO), art. 448, schrijft eveneens voor dat counselors hun patiënten moeten informeren over te verwachten effecten en risico's van de behandeling. Helaas is dit belangrijke aspect van de verplichte informatie over mogelijke fysieke en mentale gezondheidseffecten niet onderzocht tijdens de evaluatie van de abortuspraktijk in 2005. Evenmin is deze informatieplicht aan bod gekomen tijdens de reguliere inspectie van abortusklinieken door de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2012. (23) Toch heeft recent Zweeds onderzoek aangetoond dat er een verband is tussen abortus en Posttraumatische Stresstoornis, bij circa 20% van de onderzochte vrouwen. (24) Een Nederlandse studie van Arnold van Emmerik et al. bevestigt dit beeld. (25) Ander, longitudinaal onderzoek van David Fergusson et al. wijst uit dat het ondergaan van een abortus voor vrouwen een verhoogd risico op mentale gezondheidsproblemen met zich meebrengt van circa 30%. (26) Deze onderzoeken – of in het geval van Fergusson een nadere analyse – zijn verschenen na een metastudie van de American Psychological Association (APA) uit 2008 en leveren nieuwe gegevens op, die ik bespreek in mijn boek *The heart and the abyss. Preventing Abortion*. (27) De metastudie van de APA heeft als uitgangspunt gediend bij de totstandkoming van de NGvA-Richtlijn. Naast een risico op mentale gezondheidsproblemen is er tevens een verhoogd risico op vroeggeboorte bij een volgende zwangerschap na abortus. (28) Op deze risico's zou gewezen moeten worden tijdens het intakegesprek en in voorlichtingsmateriaal.

De evaluatie laat verder zien dat artsen en verpleegkundigen geneigd zijn de vrouw te volgen wanneer zij aangeeft een abortus te willen ondergaan. Bijvoorbeeld, de hoofden van abortusklinieken geven aan dat het uiteindelijk de vrouw is die beslist. Hun belangrijkste zorg is of de beslissing zorgvuldig en in vrijheid is genomen. (29) Deze manier van denken is inderdaad overeenkomstig de WAZ. Maar hier kunnen we ons



afvragen of er geen ambiguïteit is in de wet zelf. De WAZ schrijft voor dat twee autonome beslissingen gemaakt moeten worden, door de vrouw en door de arts, om subjectiviteit te vermijden. In de praktijk, zo bevestigt het evaluatieonderzoek, is een procedureel criterium voor de medische staf vaker doorslaggevend dan inhoudelijk criterium. (30) Op deze manier laat de huidige abortuspraktijk alle verantwoordelijkheid – en alle spijt, wanneer de beslissing achteraf wordt betreurd – bij de vrouw.

5. Verantwoordelijkheid arts

De arts verricht de behandeling slechts indien deze op grond van zijn bevindingen verantwoord is te achten. Volgens de NGvA-richtlijn moet de counselor de vrouw de gelegenheid geven om haar redenen voor een afbreking van de zwangerschap te uiten en te verklaren. Hij moet tevens garanderen dat de beslissing in alle zorgvuldigheid is genomen. (31)

Ongeveer twee derde van de vrouwen die naar een abortuskliniek of ziekenhuis komen is doorverwezen door de huisarts. (32) De manier waarop huisartsen informatie verzamelen en verwerken over vrouwen die overwegen hun zwangerschap af te breken, is empirisch onderzocht door Tirza van Laar-Jochems et al. (33) Zij concluderen dat huisartsen in het besluitvormingsproces informatie geven over gevolgen, risico's en alternatieven voor abortus in de mate dat de vrouw erom vraagt. Dit laatste komt slechts beperkt voor. (34) Een gedachtewisseling over ethische opvattingen is nog zeldzamer. Deze situatie kan het perspectief van de vrouw belemmeren dat een beslissing wordt genomen op basis van alle relevante informatie. Maar ook voor de arts kan zodoende inzicht ontbreken in wezenlijke elementen in de noodsituatie en de onderliggende waarden en normen van de vrouw, haar partner en eventuele andere nauw betrokkenen.

In het tweede gedeelte van hun onderzoek hebben Van Laar-Jochems et al. onderzocht hoe huisartsen kunnen bijdragen aan de preventie en de behandeling van psychosociale gevolgen van abortus bij vrouwen en hoe deze zorg kan verbeteren. (35) Zij doen de aanbeveling dat meer aandacht wordt gegeven aan nazorg, met betrekking tot emotionele stabiliteit en acceptatie van het verlies van de ongeborene. Bijscholing en ondersteuning van huisartsen bij het counsellen kan helpen om zowel preventie als nazorg te verbeteren.

Conclusie

Aan de hand van bovengenoemde argumenten concludeer ik dat er verscheidene inconsistenties bestaan tussen de abortuswetgeving en de huidige praktijk. Door onafhankelijke counseling kan de situatie waarin de vrouw zich bevindt, worden bekeken in al zijn dimensies. Niet altijd zal het mogelijk zijn dat de mannelijke verwekker in de besluitvorming wordt betrokken, maar wel veel meer dan nu het geval is. Per situatie kan dan tevens worden beoordeeld in hoeverre aanvullende hulp mogelijk is. Op deze manier kan er recht worden gedaan aan de waardigheid van het ongeboren kind, dat een toekomst heeft die in beginsel net zo waardevol is als onze eigen toekomst.

Noten

1. WAZ, art. 5, lid 1
2. Ibid., lid 2a
3. Ibid., lid 2b
4. Ibid., lid 2c
5. Tweede Kamer der Staten Generaal, 1979/1980, 15475, nr. 6, p. 41
6. Tweede Kamer der Staten Generaal, 2009-2010, 32123XVI, nr. 122, p. 16
7. Tweede Kamer der Staten Generaal, 2010-2011, 30371, nr. 20, p. 7
8. Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Utrecht, 2011, pp. 55-57
9. Visser, M.R.M. et al., Evaluatie Wet afbreking zwangerschap, ZonMW, Amsterdam, 2005, p. 121
10. Inspectie voor de Gezondheidszorg, Jaarrapportage 2013 van de Wet Afbreking Zwangerschap, Utrecht,



2014, p. 16 en 18

11. Funk, Nanette, "Abortion counselling and the 1995 German abortion law", Connecticut Journal of International Law, 1996, 33, p. 33-65, hier p. 42

12. Ibid., p. 51

13. Budde, E.T., Abtreibungspolitik in Deutschland. Ein Überblick. Wiesbaden, 2015, dl. 4.3

14. Ibid., p. 85

15. Ibid., p. 108 en 122

16. Nederlands Genootschap van Abortusartsen. Utrecht, 2011, p. 63

17. Ibid., p. 58

18. Visser, M.R.M. et al., op. cit., p. 84

19. O'Reilly, Monica, "Careful counsel: Management of unintended pregnancy", Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 2009, 21, p. 596-602

20 Zie Ad 3)

21 O'Reilly, M., op. cit., p. 601

22 Visser, M.R.M. et al., op. cit., p. 106

23 Inspectie voor de Gezondheidszorg, Verantwoorde zorg in abortusklinieken, met ruimte voor verbetering. Utrecht, 2013

24 Wallin Lundell, Inger et al., "The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion", The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2013, 18, p. 480-488

25 Emmerik, Arnold A.P. van, Kamphuis, Jan H. en Emmelkamp, Paul, "Prevalence and Prediction of Re-Experiencing and Avoidance after Elective Surgical Abortion: A Prospective Study", Clinical Psychology and Psychotherapy, 2008, 15, p. 378-385

26 Fergusson, D.M., Horwood, L.J. and Boden, J.M., "Abortion and mental health disorders: evidence from a 30-year longitudinal study", British Journal of Psychiatry, 2008, 193, p. 444-451

27 Biemans, W.J.A., The heart and the abyss. Preventing Abortion. Connor Court, Ballarat, p. 124-135

28 o.a. Klemetti, R. et al., "Birth outcomes after induced abortion: a nationwide register-based study of first births in Finland", Human Reproduction, 2012, Nov., 27 (11), p. 3315-3320

29 Visser, M.R.M. et al., op. cit., p. 121

30 Ibid., p. 102

31 Nederlands Genootschap van Abortusartsen, 2011, op. cit., p. 57

32 Visser, M.R.M. et al., op. cit., p. 56

33 Laar-Jochensen, T.W. van, Zijp-Zuidema, C.E. en Jochensen, H., Psychische problematiek bij vrouwen na abortus provocatus en de rol van de huisarts, Prof. dr. G.A. Lindeboom Instituut, Ede, 2006

34 Ibid., p. 99-100

35 Ibid., p. 66-102

Overgenomen met toestemming van Pro Vita Humana.