

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 -begrijpelijkerwijze- 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*.

Welk 'recht'?

Katholiek Nieuwsblad, 27 april 2007

door Lucas Hartong, internetpublicist

KatholiekNieuwsblad

In de discussie over abortus willen sommigen alle macht aan de moeders geven, ten koste van de te doden ongeboren kinderen. Maar die kinderen hebben evengoed fundamentele rechten. Bovendien: waarom willen die moeders eigenlijk abortus?

Het Hooggerechtshof in de VS heeft afgelopen week een wet bekrachtigd die abortus na twaalf weken zwangerschap bemoeilijkt. Na grondige toetsing aan de grondwet is bepaald dat de overheid het recht heeft een grens te trekken tussen abortus en kindermoord. Pro-abortusgroepen stellen dat de 'fundamentele rechten van de vrouw' worden geschonden, maar anti-abortusgroepen brengen daar tegenin dat de even rechtsgeldige andere kant van de medaille het schenden van de 'fundamentele rechten van het kind' is. Ook in ons land is een evaluatie gaande van de abortuswet. Welk recht prevaleert in dezen?

De nu verboden procedure betreft het in zijn geheel uit de baarmoeder trekken van een foetus in plaats van het in stukken knippen ervan in de baarmoeder zelf. De foetus kan na twaalf weken namelijk ook niet meer via suctie verwijderd worden, zoals daarvoor gebeurt. De wet maakt een uitzondering voor het leven van vrouwen dat door complicaties in gevaar is. President Bush verwelkomde het verbod en gaf aan te werken aan de absolute beschermwaardigheid van het leven en de menselijke waardigheid.

Drempel lager

In ons land worden jaarlijks ongeveer 33.000 abortussen uitgevoerd, hoofdzakelijk in de zestien abortusklinieken. Het merendeel van de vrouwen is van allochtone afkomst, met name Surinaams en Antilliaans. De laatste jaren geeft het aandeel Turkse en Marokkaanse vrouwen een scherpe stijging te zien. Een

op de drie vrouwen heeft reeds eerder een abortus laten plaatsvinden, waarmee het erop lijkt dat de drempel met iedere volgende keer gemakkelijker genomen wordt. Opmerkelijk is dat nog steeds 13 procent van de vrouwen die een kind laat aborteren uit het buitenland afkomstig is en speciaal daarvoor naar ons land komt. Bijna tweederde wordt rechtstreeks door de eigen huisarts verwezen naar de abortuskliniek en er vindt nauwelijks consultatie plaats van een tweede specialist of raadgever.

Opmerkelijk is de felheid waarmee het recht van de vrouw op zelfbeschikking wordt verdedigd. Als abortus een louter medische ingreep was zoals de verwijdering van een blindedarm, zou er lang niet zoveel stof de lucht in vliegen. Er is dus meer aan de hand. Het lijkt alsof het maatschappelijk incorrect is dat men dit zelfbeschikkingsrecht in twijfel trekt. Waarom worden praktisch nooit de essentiële vragen gesteld waarom vrouwen een abortus willen en waarom men niet kiest voor andere opties, zonder direct te vervallen in een moreel debat?

Gemakzucht

Jonge vrouwen kopiëren het seksuele gedrag van hun voorbeelden (tot aan MTV toe), maar niet het verantwoord gebruik van voorbehoedsmiddelen, waardoor men louter uit gemakzucht een abortus laat uitvoeren ('overtijdbehandeling'). Onlangs kwam uitgebreid in het nieuws dat men een ongeborn kind met een geconstateerde hazenlip laat aborteren en daarmee kwam de grote vraag naar boven wat de wet verstaat onder een 'noodsituatie'.

Het nieuwe kabinet heeft besloten die omschrijving nader te definiëren, maar de PvdA is er fel tegen het criterium voor abortus nader vast te leggen. Dat is helemaal aan de vrouw en de overheid kan dat niet doen. "Bij een vrouw die geen kind wil, is al sprake van een noodsituatie", aldus kamerlid Chantal Gill'ard. Een opmerkelijke uitspraak, want als men die lijn consequent doortrekt dan bepaalt iedere burger voor zichzelf de wet en komt men uit bij een hyperindividualistisch wetsbesef. Een gevaarlijke trend. Zo zou het voor een Ferrari-rijder mogelijk moeten zijn zo hard te rijden als hij wil, ook als dat de dood ten gevolge heeft, want men heeft dat 'recht'. Dezelfde denktrant vindt men terug in het debat rond het 'recht' op euthanasie.

Gill'ards partijgenoot Jet Bussemaker (staatssecretaris van Volksgezondheid) vindt zelfs dat de vrouw geen alternatief voorgehouden moet worden, "omdat mensen daar niet om vragen". Opnieuw een opmerkelijke benadering, want dan zou ook geen seksuele voorlichting aan jonge meiden op school gegeven hoeven te worden, omdat abortus toch vrij voorhanden is. Met andere woorden: leef er lekker op los en doe wat je wilt.

Deze uiterste exponent van ongeremd hedonistisch gedrag is met name in linkse kring in zwang, maar opmerkelijk genoeg ook in libertijns-rechtse kringen rondom de VVD. Op basis van een volstrekt doorgesloten Verlichtingsdenken (Ni Dieu, ni maître) weigert men elke discussie over het opgeven van deze 'rechten' alias 'verworvenheden'. Het blijft echter ronduit bizar dat alternatieven voor abortus onbespreekbaar lijken en eenieder die deze bespreekbaar wil stellen met grote achterdocht bekeken wordt, laat staan dat men bereid is verantwoord met de eigen seksualiteit om te gaan. Het wordt tijd dat het besef gaat doordringen dat men een morele plicht heeft tot verantwoord gedrag en alle consequenties die daaraan vastzitten. Uitsluitend de lusten, maar niet de lasten is al te gemakkelijk.

Overgenomen met toestemming van Katholiek Nieuwsblad.

Adoptie als alternatief

Katholiek Nieuwsblad, 20 april 2007

[KatholiekNieuwsblad](#)

door Werner Brouwer en Job van Exel

Een korte passage in het nieuwe regeerakkoord zorgt voor veel ophef over de vraag of adoptie als alternatief voor abortus mag worden aangeboden aan ongewenst zwangere vrouwen. Twee gezondheidseconomen reageren.

Door de tegenstanders van dit mogelijk nieuwe beleid wordt vooral de positie van de ongewenst zwangere vrouw benadrukt. Zij moet baas kunnen zijn in eigen buik en vrij kunnen kiezen uit de verschillende opties, zonder bemoeienis van buitenaf. Vrouwen zijn uitstekend in staat die afweging zelf te maken. Hierbij wordt vaak benadrukt dat adoptie een zeer ingrijpende keuze is, met langdurige consequenties voor de moeder en in sommige gevallen, een vaak vergeten partij, de vader.

Belang ongeboren kind

Dat is uiteraard goed voor te stellen. De hechting aan een voldragen kind zal sterker zijn dan aan een ongeboren vrucht. Gevoelsmatig wordt een voldragen kind wellicht eerder als 'iemand' beschouwd, terwijl een ongeboren vrucht van een aantal weken soms als 'iets' of 'nog niemand' wordt gezien. Als dit het geval is, kan afstaan voor adoptie er inderdaad toe leiden dat het welzijnsniveau van de moeder na adoptie daalt, ook ten opzichte van een abortus. Maar de mate waarin zal verschillen van vrouw tot vrouw (er zijn immers ook vrouwen die, gegeven de omstandigheden, blij zijn voor het traject van adoptie te hebben gekozen). Het is echter de vraag of de mogelijke welzijnsdaling van de moeder, hoe ingrijpend ook, op zichzelf voldoende reden is te stellen dat adoptie en abortus geen alternatieven zijn, zoals door tegenstanders van het nieuwe beleid gesuggereerd. Abortus mag dan in sommige gevallen voor de moeder minder ingrijpend zijn, het is ook het afsnijden van een nieuw leven. De eenzijdige focus op het welzijn van de moeder, hoe relevant ook, ontkent het potentiële levensgeluk van het ongeboren kind. Naast religieuze of ethische standpunten tegen abortus, kunnen hier dus ook meer humanitaire en utilistische argumenten worden ingebracht.

Abortus geen oplossing

Het belang van het kind (in wording) moet dus ook worden meegewogen en valt niet (altijd) samen met het belang van de vrouw. Bij de keuze voor abortus wordt het kind een levenslang welzijn ontzegd, terwijl bij de keuze voor adoptie het kind in de meeste gevallen een normaal en gelukkig leven kan leiden. Natuurlijk hebben sommige adoptiekinderen specifieke (gedrags)problemen, die kunnen leiden tot een verlaagd welzijnsniveau. Het beeld dat we hiervan hebben is mogelijk vertekend door emoshows op televisie. Maar waar het om gaat is dat, ook al zouden adoptiekinderen structureel een lager welzijnsniveau hebben dan andere kinderen, wat niet bewezen is, ook dan is de enig juiste vergelijking die met geen welzijn (als gevolg van abortus). Uit de gezondheidseconomie, en dus onafhankelijk van religieuze of ethische standpunten, is bekend dat de (gezondheids)problemen van mensen zeer ernstig moeten zijn alvorens zij het 'niet zijn' prefereren boven het 'zijn'. En zelfs dan is actief handelen vaak nog omstreden. Het is dan ook volstrekt onzinnig, disproportioneel en gevaarlijk dit argument in dit kader aan te voeren. Abortus is nimmer een middel om eventuele problemen bij een minderheid van een bepaalde groep kinderen te voorkomen. Discussies rondom prenatale screening hebben wel duidelijk gemaakt dat dit niet de kant is die we in Nederland op willen. Het belang van het kind lijkt dan ook op geen enkele wijze gediend bij abortus.

Alternatief benadrukken



Een derde belang dat genoemd kan worden in deze welzijnscontext is dat van de adoptiefouders. Wie enigszins bekend is met het traject voorafgaand aan adoptie, waarbij aanstaande ouders, in tegenstelling tot biologische ouders, intensief worden gescreend en voorbereid op het ouderschap, zal erkennen dat dit traject alleen vanuit een diepgevoelde kinderwens wordt ingegaan en volbracht. En alhoewel zich tijdens de opvoeding van het adoptiekind, evenals in alle opvoedingsprocessen, de nodige problemen kunnen voordoen, kiezen veel ouders welbewust voor adoptie om daarmee hun leven (en dat van hun adoptiekind) te verrijken. De lange wachtlijst voor adoptie geeft aan dat er nog veel ouderparen wachten op dat geluk.

In de huidige discussie rond abortus is er dus sprake van een klassiek belangenconflict met voor alle partijen ingrijpende gevolgen, ongeacht welke keuze uiteindelijk wordt gemaakt. Het is belangrijk te constateren dat, hoe zorgvuldig ook, de afweging uiteindelijk vooral door slechts een van de belanghebbenden wordt gemaakt: de ongewenste zwangere vrouw. Hoe zij de belangen van de anderen daarin meeweegt zal per geval verschillen, en is waarschijnlijk moeilijk expliciet te maken. Het is de verantwoordelijkheid van de overheid de belangen te behartigen van hen die daar zelf niet toe in staat zijn, om welke reden dan ook. Daarom is het toe te juichen dat de overheid alternatieven voor abortus positief benadrukt, en onafhankelijke vrouwen helpt en begeleidt bij het maken van zorgvuldige afweging van de verschillende belangen, en erna. Het recente signalement van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over uitstel van ouderschap kan ook in deze context nuttig zijn. Of dit beleid enig effect zal hebben op keuzes van vrouwen is (nog) onduidelijk. Wel is duidelijk dat dit beleidsstreven niet kan worden afgedaan als ongewenste betutteling. Het ontbreken ervan is veeleer een reden tot zorg.

Werner Brouwer en Job van Exel zijn als gezondheidseconoom verbonden aan het iBMG van het Erasmus MC. Zij publiceerden hun bijdrage eerder in Nederlands Dagblad.

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

Biedt evaluatie zwangerschapsafbreking geruststellende resultaten?

RKkerk.nl, 16 februari 2007

door mgr.dr. W.J. Eijk, bisschop van Groningen-Leeuwarden

Volgens de rapportage over de zwangerschapsafbrekingen die in 2005 in ons land zijn verricht, worden de zorgvuldigheidsvereisten voor het verrichten van een abortus provocatus, zoals vastgelegd in de Wet afbreking zwangerschappen (Waz) en het Besluit afbreking zwangerschappen goed nageleefd. Tevens stabiliseert zich het aantal abortussen. Is er bijgevolg alle reden om gerust te zijn? Mgr. W. Eijk van Groningen-Leeuwarden, binnen de Bisschoppenconferentie bisschop-referent voor medische ethiek, meent van niet.

Dat in 2005 het aantal abortussen 1,1% minder was dan het aantal abortussen in 2004 lijkt een vooruitgang. Omdat het aantal abortussen in 1980 op meer dan 56.000 lag tegen bijna 33.000 in 2005, lijkt het er in eerste instantie niet op dat na het van kracht worden van de Wet afbreking zwangerschap in 1984 het aantal abortussen is toegenomen.

Relatieve stijging

Maar bij nadere analyse ontstaat een ander beeld. De daling komt voor rekening van het feit dat steeds minder vrouwen uit het buitenland naar Nederland komen voor een abortus. Het aantal Nederlandse vrouwen dat een



abortus ondergaat, is in die periode juist gestegen van 19.700 naar rond de 29.000 in de laatste jaren. Dit getal mag zich dan stabiliseren, men moet wel bedenken dat het aantal levendgeborenen en het aantal zwangerschappen in de afgelopen jaren snel is gedaald. De abortusratio (het aantal abortussen per 1.000 levendgeborenen) is daardoor toegenomen: van 93 in 1990 tot 153 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.

En hoe ligt het met de naleving van de zorgvuldigheidsvereisten? De verplichte beraadtermijn van vijf dagen is in verreweg de meeste gevallen in acht genomen.

Ten aanzien van andere zorgvuldigheidsvereisten kan men echter gerede vragen stellen. Het evaluatierapport geeft geen uitsluitsel over de vraag of de vrouw door de arts adequaat is voorgelicht over andere oplossingen voor haar noodsituatie dan een abortus: financiële bijstand, hulp en opvang bij het zoeken van onderdak als zij door haar familie wordt verstoten of door de man die haar zwanger heeft gemaakt in de steek is gelaten, psychologische en ook pastorale begeleiding. In ruim 90% van de gevallen vond geen overleg met andere deskundigen plaats, maar alleen met de arts. Moeten we nu echt veronderstellen dat de arts ten aanzien van al deze mogelijke alternatieven voldoende kennis in huis heeft? Daarom 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.

Hazenlip

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 als de noodsituatie van de vrouw die onontkoombaar maakt. Nadere criteria voor het vaststellen van een noodsituatie zijn niet gegeven. Die konden dus ook niet worden geëvalueerd.

Of er een noodsituatie is, maakt uiteindelijk de vrouw zelf uit. De eis dat abortus alleen plaatsvindt als de zwangerschap de vrouw in een noodsituatie brengt, is de peiler van de Wet afbreking zwangerschappen. 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 recent dat drie à vier jaar geleden enkele malen een abortus provocatus wegens een schisis (hazenlip) was verricht in het AMC. Het ging om een zeldzaamheid, maar de vraag rijst toch of een chirurgisch corrigeerbare afwijking van het ongeboren kind de vrouw in een zodanige 'noodsituatie' kan brengen dat een abortus provocatus gerechtvaardigd is.

Kwaliteit van leven

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. 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 ongeboren 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.

Fundamenteler probleem

De Wet afbreking zwangerschap beoogt een balans te creëren tussen de autonomie van de vrouw en de rechtsbescherming van het ongeboren kind. De waarborgen voor het laatste zouden moeten liggen in zorgvuldige besluitvorming. Gelet op het bovenstaande kan men zich met betrekking tot de zorgvuldigheid de nodige vragen stellen. Maar daar nog vanaf gezien, is er een fundamenteel probleem: de autonomie van de vrouw en het leven van het ongeboren kind zijn niet van dezelfde orde. Ook al is autonomie een hogere waarde dan het leven, staan blijft dat het leven een fundamentele waarde is: zonder leven is er geen autonomie. Men zou niet de autonomie van de vrouw tegenover het leven van het ongeboren kind, maar tegenover diens autonomie moeten zetten. De autonomie van het ongeboren kind mag dan 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. Het is tekenend in dit verband dat mensen die zelf gehandicapt zijn, fel protesteren tegen abortus provocatus wegens een afwijking van de vrucht.

Intrinsieke waarde

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.

Overgenomen met toestemming van RKkerk.nl.

Jongeren Info Life brengt ontluisterende cijfers over abortus in België

Tertio, 7 februari 2007

door Katrien Verreyken



Aantal abortussen stijgt, voorlichtingscampagnes falen

Voorlichtingscampagnes falen schromelijk. Een op de twintig tienermeisjes wordt zwanger. Vóór de eerste voldragen zwangerschap verhoogt abortus het risico op borstkanker met 50 procent. Abortus wordt almaar meer gebruikt als anticonceptivum. Die ontluisterende conclusies trekt de vzw Jongeren Info Life uit de jongste abortuscijfers.

Al dertig jaar wordt met het oog op abortuspreventie in ons land intensief campagne gevoerd voor contraceptie. We zetten de jongste initiatieven even op een rijtje: In 1994 hadden we de 'Zet 'm op'-campagne van de Aidstelefoon. In 2001 was er de ophefmakende 'Bla bla boem boem'-campagne van Mieke Vogels. In 2005 lanceerde Sensoa de opvolger daarvan, de 'praat over seks'-campagne met pikante – volgens sommigen pornografische – beelden om jongeren aan te zetten te communiceren over vrijen. In september 2005 besloot



minister van Volksgezondheid Rudy Demotte (PS) een nieuwe campagne in de strijd te gooien. Nadat hij de pil in 2004 al goedkoper en in sommige gevallen zelfs gratis maakte, deelde hij 900.000 gratis condooms uit. Een paar maanden later, in november 2005, ging de tentoonstelling 'k Zag twee beren van start, een expositie over seksualiteit en relaties voor kinderen van drie tot twaalf jaar, met daaraan gekoppeld de tentoonstelling Goede minnaars voor jongeren van twaalf tot zestien jaar.

Die tentoonstelling loopt nog altijd. Je ziet daar onder anderen Sneeuwwitje met een grote rode vlek op haar jurk, en Barbie met de benen bloot op een canapé, terwijl ze kinderen aanmoedigt haar – met een muisklik – te strelen en in haar borsten te knijpen.

De producent van Disney zei allesbehalve gelukkig te zijn dat hun figuren met seksuele voorlichting voor kleine kinderen in verband werden gebracht. Ook Mattel – de producent van de Barbie-poppen – betreurde dat het niks kon ondernemen tegen “deze onsmakelijke expositie en wat zich allemaal afspeelt voor de ogen van onschuldige kinderen, die nietsvermoedend naar een ‘leerrijke’ tentoonstelling gaan”. Over de pedagogische meerwaarde van die expositie zijn de meningen alvast verdeeld. Over het effect van al die voorlichtingscampagnes kunnen we formeel zijn: dat is nihil.

Uit de abortuscijfers 2004-2005 die onlangs bekend zijn gemaakt, blijkt dat het aantal gemelde abortussen sinds 1993 met bijna 30 procent is gestegen, naar 17.867 abortussen. Conclusie: alle pil- en condoomcampagnes om het aantal abortussen te doen dalen, evenals het invoeren van de morning-afterpil in 2001 zonder voorschrift en vanaf 2004 gratis, hebben gefaald in hun opzet. 56 procent van de vrouwen die een abortus liet uitvoeren, gebruikte contraceptie.

Nog verontrustende cijfers: de jongste 4 jaar is het aantal abortussen bij seksueel minderjarigen tussen tien en vijftien jaar met bijna 25 procent gestegen, van 63 tot 84. In die leeftijdsgroep hoort seksuele gemeenschap niet eens voor te komen. Meestal worden die jongeren gepusht of gebruiken ze zonder succes een condoom. Want volgens Sensoa faalt het condoom gemiddeld in 15 procent van de gevallen. Dat roept ernstige vragen op.

Aan de andere kant van de leeftijdsgrens, vrouwen boven de 35 jaar, is er een flinke stijging van het aantal abortussen: 18 procent in 4 jaar.

Een gevaarlijke tendens is dat abortus in 53 procent van de gevallen bijna als anticonceptie wordt gebruikt. Abortus werd in 1990 voorgesteld als een noodzakelijk kwaad voor moeders met lichamelijk gevaar, of voor vrouwen die het slachtoffer waren van verkrachting of incest. Slechts 4 procent van de abortussen voldoet daaraan. 53 procent van de vrouwen gebruikt abortus als een laat inhaalmanoeuvre omdat er geen kinderwens is – de vrouw voelt zich te jong, te oud, studeert nog, is alleenstaand, heeft al een voltooid gezin of heeft geen zin in een kind.

Een groot percentage vrouwen gaat om financiële redenen over tot abortus. De evaluatiecommissie stelde vast dat armoede in Brussel van doorslaggevend belang is in de stijging van het aantal abortussen. In vier jaar tijd een stijging met 29 procent, van 3.169 naar 4.092 abortussen.

“Hier wordt geneeskunde gebruikt om sociale problemen op te lossen. Het kan toch niet dat in een welvaartsstaat met een geboortetekort kinderen te duur zijn om op de wereld te zetten,” vindt Peter De Langhe. Hij is voorzitter van de vzw Jongeren Info Life, die de nieuwe abortuscijfers analyseerde en daaruit conclusies trekt.

De Langhe is geschrokken van de cijfers. Zeker toen hij ontdekte dat er jaarlijks 2.000 abortussen meer worden gefactureerd, dan er door de geneesheren worden gemeld aan de nationale commissie. “Vergeten artsen de documenten op te sturen? Zijn de cijfers opgesmukt om ze bewust lager te houden? Of gaat het hier om



‘illegale’ abortussen?”

Ook de stijging van het aantal abortussen bij seksueel minderjarigen vindt hij verontrustend. “Op een vergadering van gynaecologen stelde dokter Veroegstraete (Sjerp-VUB) dat maar liefst 95 procent van die meisjes gepusht wordt tot ongewilde seks. Als ze daardoor zwanger worden, laten zij zich meestal aborteren. De abortuscentra laten duidelijk hun voorkeur blijken voor abortus bij deze tieners. Zijn zij zich dan niet bewust van een stijgend risico op borstkanker op latere leeftijd met 50 procent?”

De ondertussen gratis verkrijgbare morning-afterpil houdt gelijkaardige gezondheidsrisico's in, waar tot nog toe nog geen gedegen onderzoek naar is gedaan. “Elke maand gaan bij de apothekers zo'n 10.000 doses over de toonbank,” zegt De Langhe. “De producent berekende wel dat de morning-afterpil maandelijks 350 abortussen voorkomt, maar kan daarvoor geen enkele studie voorleggen. In tegendeel, een meta-analyse van 2007 toont dat er geen enkel effect is.”

Wat De Langhe vooral erg vindt, is dat het relationele totaal wordt verwaarloosd in die campagnes. “Ze zijn louter gericht op kortstondig genieten.”

Bestaat er wel een succesformule om het aantal abortussen te doen dalen? “Neen, in ons ethisch klimaat van afbraak van het gezin, ‘sex for fun’ en abortus als ultiem middel als anticonceptie faalt, kan het aantal abortussen alleen toenemen,” meent De Langhe somber. “Als die 44 procent vrouwen die geen voorbehoedsmiddelen gebruikten, de kans had gekregen de vruchtbaarheid bewust te beleven, zouden ze daar wellicht minder lichtzinnig mee hebben omgesprongen.

Ook moeten weerbaarheid van de meisjes en seksuele verantwoordelijkheid van de jongens sleutelbegrippen worden in de seksuele vorming. Op dit moment vindt nog 50 procent van de jongens een zwangerschap het probleem van het meisje.

De verspreiding van vruchtbaarheidsbewustzijn is alleszins een belangrijke taak die te lang werd verwaarloosd en waar het huidige rapport van de evaluatiecommissie gelukkig op wijst.”

Volgens De Langhe kunnen programma's die werken rond het verantwoord uitstellen van de seksuele activiteit naar een latere leeftijd mogelijk meer succes opleveren. Uitstel en monogamie zijn zeker haalbare doelen, die niet alleen abortus, maar ook seksueel overdraagbare ziektes (SOA's) tegengaan en seksualiteit menswaardig laten beleven. Als voorbeeld haalt hij Uganda aan. Daar stond de ABC-methode centraal, wat staat voor ‘Abstain, Be faithful or use a Condom’ – onthoud je van seks, wees trouw of gebruik een condoom. De aidsproblematiek kon zo met succes worden aangepakt. “Knipperlichtrelaties en onenightstands zijn één brok ellende,” vindt De Langhe. “Een huwelijk en een gezin zijn beschermende factoren tegen abortus, blijkt uit onderzoek.”

De tragiek van abortus en aids bewijst dat het uitstellen van seks en het opbouwen van een gezin echt geen conservatief christelijke boodschap is: “Onze vzw stelt zich uitgesproken pluralistisch op en biedt ook een luisterend oor voor moslimmeisjes en jonge vrouwen van andere denominaties.”

Tot slot stelt De Langhe ook het systematisch ontbreken van een echt alternatief voor abortus aan de kaak: “De wet schrijft het duidelijk formuleren en doornemen van een alternatief voor abortus voor, maar nergens wordt gecontroleerd of de abortuscentra die voorwaarde ook echt invullen. Tja, als je die gesprekken alleen in abortuscentra laat plaatsvinden, is het antwoord op een mogelijke zwangerschapsafbreking wel te raden zeker? De aanstaande moeder krijgt ook geen eerlijke keuze: abortus is gratis terwijl het opvoeden van een kind handenvol geld kost. Vrouwen worden dikwijls gedwongen tot abortus. De oplossing ligt niet in meer en gratis abortuscentra, maar in hulpverlening met een fijnmazig sociaal vangnet, met mensen die met aanstaande



moeders mee op weg gaan en hen de keuze laten bewust voor hun kind te kiezen.”

Jongeren Info Life wil die hulp bieden en voort uitbouwen. De organisatie komt op voor de beschermwaardigheid van het ongeboren menselijke leven vanaf de bevruchting, geeft informatie over het ontstaan van het leven, verleent bijstand bij zwangerschappen, biedt hulp bij de verwerking van een abortus of miskraam, helpt ouders en opvoeders bij de relationele en seksuele vorming van kinderen, en geeft vorming aan scholen.

“Op één centraal noodhulpnummer voor heel Vlaanderen kunnen jongeren nu de klok rond terecht met vragen over ongewenste zwangerschap, miskramen, de verwerking van een abortus,” vertelt De Langhe. “Op ons emailadres hulp@jongereninfolife.be komen ook veel vragen binnen en dagelijks bezoeken honderden mensen onze site www.jongereninfolife.be.”

Overgenomen met toestemming van Tertio.

Hazenlip

Katholiek Nieuwsblad, 15 december 2006

door Ed Arons

KatholiekNieuwsblad

Mensen reageren verontwaardigd op het bericht van het EO-radioprogramma De Ochtenden dat er enkele jaren geleden in Amsterdam twee ongeboren kinderen wegens een hazenlip zijn geaborteerd.

Diezelfde omroep presteerde het jaren geleden met een verborgen camera een gefingeerde abortusaanvraag te filmen van een vrouw, die als reden voor abortus opgaf dat haar zwangerschap niet goed uitkwam: ze had haar vakantie al geboekt. Toen betrof de verontwaardiging niet zozeer de arts die instemde, maar het heimelijk filmen. De uitzending werd om die reden door de rechter verboden.

Nu zijn de reacties anders. In alle media werd geschokt gereageerd over de beslissing van de moeders en de instemming van de artsen. In een opiniepeiling op de site van dagblad Trouw liet 89 procent weten “dat dergelijke kleine afwijkingen onder geen beding aanleiding mogen zijn voor abortus”. Verontwaardiging was er haast Kamerbreed, al lijkt het daarbij te blijven.

Zou er in Nederland op dit gebied echt iets aan het veranderen zijn? We zijn kennelijk niet meer het land van ‘baas in eigen buik’. Opmerkelijk is dat waar veel christenen over de jaren ‘abortusmoe’ zijn geworden, zich steeds meer tegenstanders van abortus melden vanuit niet-christelijke kringen. Katholiek Nieuwsblad liet hen in het voorjaar aan het woord in een speciale rubriek ter evaluatie van de huidige abortuswetgeving.

De verontwaardiging over de abortusslachtoffertjes is winst. Maar waar blijft de verontwaardiging over het feit dat in een van de rijkste landen ter wereld bij de helft van de jaarlijkse 33.000 abortussen ‘geldgebrek’ als reden wordt aangevoerd? Waar blijft de kritiek op de vele abortusartsen die de wettelijke eis negeren vrouwen te wijzen op een alternatief voor abortus?

Verontwaardiging zou ook moeten klinken over het evaluatierapport inzake de abortuspraktijk in Nederland. Dat rapport is al meer dan een jaar beschikbaar en zou in april in de Tweede Kamer aan de orde komen, maar is nog steeds niet behandeld. Verontwaardiging is op haar plaats over het CDA dat een principiële zaak als abortus niet aan de orde wil stellen, omdat ‘er toch geen Kamermeerderheid voor te vinden is’. Terwijl Mirjam Sterk van de CDA-fractie de ChristenUnie tijdens een debat voor de verkiezingen waarschuwde van abortus geen breekpunt te maken in een mogelijke coalitie.



Alle nadruk leggen op het rekbare begrip van de 'nood' bij de vrouw, schakelt de rol van haar kind uit. De beslissing van de moeder is voor de arts doorslaggevend. Terwijl uit de euthanasiepraktijk blijkt dat in de meeste gevallen artsen niet instemmen met de wens van de aanvrager. Je mag kennelijk niet beslissen over je eigen leven, maar wel over het leven van je kind.

De moederschoot is van nature een plaats van geborgenheid. Niet toevallig is het bijbelse begrip 'barmhartigheid' afgeleid van het Hebreeuwse meervoud van moederschoot, zoals SGP'er Van der Vlies afgelopen zaterdag in Amsterdam vertelde bij de Mars voor het Leven. Zolang die geborgenheid in gevaar is, mogen we ons daar niet bij neerleggen.

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

Hazenlip

In het debat rond abortus provocatus dook de laatste jaren telkens weer het verhaal op dat het voorkomt dat vrouwen hun kind laten aborteren omdat ze anders niet op wintersport zouden kunnen. Dit voorbeeld moest duidelijk maken hoe ruim het begrip 'noodsituatie' in de Wet afbreking zwangerschap (WAZ) in de praktijk wordt geïnterpreteerd.

Het embryo als winstobject

Katholiek Nieuwsblad, 27 oktober 2006

door Ben van de Venn

[KatholiekNieuwsblad](#)

"Wij zijn een katholieke universiteit én wij zijn voorstander van embryonaal stamcelonderzoek", verklaarde de rector van de Katholieke Universiteit Leuven onlangs. Mgr. Leonard van Namen neemt openlijk stelling tegen dit soort onderzoek. De Belgische gynaecoloog dr. André Devos steunt mgr. Leonard.

In de katholieke universiteiten in de lage landen bestaat al jaren een conflict tussen de dagelijkse medische praktijk en de leer van de katholieke Kerk. De uitspraak van de Leuvense rector Marc Vervenne bij de opening van het academisch jaar 2006-2007 bevestigt deze constatering onomwonden. "In bio-ethische kwesties plaatst de KU Leuven het belang van de patiënt boven het geloof", zei hij. En hij voegde daar aan toe: "Ja wij zijn een katholieke universiteit én wij zijn voorstander van embryonaal stamcelonderzoek met overvloedige embryo's van ivf-behandelingen, ook al heeft het Vaticaan daar een andere mening over." Tegen deze inconsequente houding keert de Namense bisschop André Mutien Leonard zich (zie ook zijn column in KN54). Hij roept de Leuvense academici op tot een meer "profetisch en creatief" biomedische onderzoek.

Van pil tot IVF

De huidige instelling van de KU Leuven is het resultaat van een jarenlange ontwikkeling. Professor Ivo Brosens, hoogleraar gynaecologie, beschrijft dat proces in zijn onlangs verschenen boek *The challenge of Reproductive Medicine at Catholic Universities* (Uitg. Peeters-Leuven) "Brosens heeft tijdens zijn academische loopbaan de hele evolutie aan de Leuvense universiteit van binnenuit meegemaakt," zegt de Belgische gynaecoloog en obstetricus (verloskundige) dr. André Devos. "We lezen hoe de anticonceptiepil werd geïntroduceerd in de jaren



'70. Begin jaren '80 volgde de voorloper van de huidige morning-afterpil, als oplossing voor 'onbeschermde' geslachtsgemeenschap. Daarna kwam sterilisatie op het programma te staan. In 1982 werd dan de eerste ivf-baby geboren. De invoering van abortus kwam in Leuven tot stand evenals zogenaamde 'embryo-reductie' bij meerlingzwangerschappen." Recentelijk heeft de universiteit een nieuw instituut voor stamcelonderzoek opgericht om zodoende Catherine Verfaillie te kunnen aantrekken. Deze oorspronkelijk uit Leuven afkomstige onderzoekster vertrok uit de VS omdat Bush een veel restrictiever beleid voert inzake het gebruik van embryo's voor isoleren van stamcellen.

Positieve ontwikkeling

"Maar", tekent Devos aan, "er zijn ook onderzoeksgebieden uitgebouwd die mijns inziens geen ethische conflicten met zich meebrengen. Foetale chirurgie bijvoorbeeld, biedt steeds meer mogelijkheden om bepaalde handicaps al in de moederschoot te behandelen. Naast stamcelonderzoek met cellen van volwassenen en met uit de navelstreng verkregen cellen, is dit een terrein dat aanmoediging verdient." Dat is ongetwijfeld wat mgr. Leonard bedoelt als hij de universiteit aanspoort tot "profetisch en creatieve" wetenschapsbeoefening.

Winstverwachting

"Natuurlijk heeft een universiteit als die van Leuven te kampen met financiële problemen. Op een van de laatste vergaderingen van het VVOG (Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie) zei de voorzitter: 'Wij kunnen niet zonder de firma's.' Bedoeld wordt de farmaceutische industrie. Ik denk dat daar de kern van de zaak ligt. Er moeten overal compromissen gesloten worden, zelfs in wetenschappelijke publicaties. Er zijn mensen die het 'goede nieuws' van de farmaceutische ontwikkeling namens de firma's overal gaan verkondigen. Het geld voor het zeer dure onderzoek komt van de sponsorende firma's. Er gaan miljarden in de richting waar winstverwachting het hoogst is: ivf-industrie, abortiva en contraceptiva, chemotherapie voor de snel toenemende borstkankers en de regeneratieve geneeskunde met het stamcelonderzoek."

Farma-industrie

"Stamcellen leveren materiaal voor nieuw weefsel dat zieke lichaamsdelen kan vervangen. Van daar de naam regeneratieve geneeskunde. De verwachtingen van het embryonaal stamcelonderzoek worden flink overdreven om zware investeringen los te weken. De Franse prof. Paul Huriot (president van het Institut Curie te Parijs) gaat ervan uit dat de markt van stamcellen in de regeneratieve geneeskunde goed is voor zo'n 150 miljard dollar.

Intussen blijft onderzoek en promotie van natuurlijke geboorteregeling (NFP) verweesd achter, een voor de hand liggende taak voor een katholieke universiteit naar mijn mening. Ik ben ervan overtuigd dat de Leuvense professoren ook NFP-promotie zouden doen, als ze niet financieel afhankelijk zouden zijn van de farma-industrie."

Natuurlijke geboorteregeling

Ingrijpender is het probleem van de ethische verblinding aan de Leuvense Alma Mater. Een hele generatie docenten is in de roes van de jaren zestig blijven vastzitten. De pil was net op de markt, Humanae Vitae verscheen, Leuven protesteerde. Devos: "Ik was zelf ook tegen Humanae Vitae – en net als de andere collega's zonder de encycliek gelezen te hebben. Dus schreef ik de ene pil na de andere voor. Maar omdat ik het mij kon permitteren met mijn privé-praktijk werkelijk naar vrouwen te luisteren, ontdekte ik dat veel vrouwen die pil met grote tegenzin namen. Toen dacht ik: er moet toch een oplossing zijn. Vruchtbaarheid en zwangerschap zijn toch geen ziekte? Zo ben ik terecht gekomen bij dokter Anna Flynn in Engeland die een centrum gesticht had voor natuurlijke geboorteregeling (NFP). Daarna ben ik samen met Pierre Hernalsteen begonnen hier ook centra te stichten, in Oost-Vlaanderen, in Antwerpen, in Brabant en in West-Vlaanderen. De NFP-methode is niet altijd gemakkelijk, maar het grote voordeel is dat het een zaak van man en vrouw wordt, wat de relatie bevordert. Bij anticonceptie moet de vrouw alles alleen dragen. De pil is geen bevrijding geweest en feministen van het eerste

uur, zoals Shere Hite en Germaine Greer, geven dat nu ook eerlijk toe.”

Ontmenselijking

In Leuven blijken het vooral moraaltheologen (vaak priesters) te zijn die niet inzien wat de ideologie van de seksuele revolutie teweeggebracht heeft. Bio-ethici geven de indruk dat kerkelijke documenten als *Donum Vitae* en *Evangelium Vitae* wetenschappelijk achterhaald zijn. Devos: “Het tegendeel is waar. Wetenschappelijk biologisch onderzoek heeft al decennia geleden aangetoond dat na de bevruchting van de eikel door een zaadcel er een uniek wezen ontstaat dat in deze vorm nooit meer zal terugkeren. Maar door te stellen dat er pas sprake is van een individuele persoon na de innesteling van de eikel in de baarmoeder, ontmenselijkt men het embryo in de eerste veertien dagen. Zo kan men het als louter biologisch materiaal voor wetenschappelijk onderzoek gebruiken. In deze visie herdefinieert men de zwangerschap door die niet bij de bevruchting, maar pas bij de innesteling te laten plaatsvinden.

Met deze ‘geniale’ bio-ethische ingreep kan men ook het gebruik van de morning-afterpil, die de innesteling verhindert, vergoelijken. Niet vreemd dus dat er momenteel in België meer dan tienduizend van deze pillen per maand verkocht worden. Meisjes tot 21 kunnen die gratis bij een apotheker krijgen. Een sterk voorbeeld van het hellend vlak waarop men zich begeeft wanneer bepaalde grenzen worden overschreden.”

Open dialoog

Waarschuwingen zoals mgr. Leonard die afgeeft, zijn dus geen overbodige luxe. Er moet dringend een open dialoog komen met mensen als rector Vervenne, die vinden dat het geloof geen rol mag spelen bij het wetenschappelijk onderzoek aan de KU Leuven.

Het leven van elke persoon is beschermwaardig en kan niet opgeofferd worden aan de gezondheid van andere mensen, zoals bij embryonaal stamcelonderzoek gebeurt. De bescherming van het menselijk leven vanaf de conceptie tot de natuurlijke dood is niet meer dan een burgerplicht in een beschaaft land.

Risico's en toepassingen

Risico's met embryonale stamcellen

- Nog geen klinische toepassingen
- Weinig succes met dierproeven
- Overdreven vermenigvuldiging
- Neiging tot vorming van gezwellen en kankers

Ethische problemen

- Vernietigen van overtollige en nieuw aangemaakte embryo's
 - Klonen in geval van afstoten van de cellen
- Experimenteren op de mens zonder therapeutisch doel wordt mogelijk

Zonder bezwaren

Enkele actuele klinische toepassingen met volwassen stamcellen, waartegen geen ethische bezwaren bestaan:

- Kanker: leukemieën
- Bloedarmoede: van diverse oorsprong
 - Been- en kraakbeenafwijkingen
- CVA (cerebrovasculair accident) beroerte
 - Herstel van hartweefsel
- Ziekte van Parkinson: zenuwstamcellen van de patiënt of stamcellen uit het oog
 - Maagslijmvlies: herstel van maagzweren
- Huid: herstel door stamcellen van haarfollikel van patiënt



Overgenomen met toestemming van *Katholiek Nieuwsblad*.

Aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening - downsyndroom en neuralebuisdefecten

Gezondheidsraad, 5 oktober 2006



In 2003 gaf het ministerie van VWS de aanzet tot een programma waarbij alle zwangere vrouwen onder de 36 jaar gescreend worden op de aanwezigheid van downsyndroom bij hun kind. De screening zou in een achttal regionale centra moeten worden uitgevoerd.

Op verzoek van de minister van VWS heeft de Gezondheidsraad acht vergunningaanvragen voor prenatale screening van deze centra beoordeeld. Gezien de verstrekte informatie moest de Commissie WBO van de raad volstaan met een tussenbericht waarin zij aangeeft op welke punten de aanvragers nog duidelijkheid moeten verschaffen. Het screeningsprogramma kan dus nog neit direct worden uitgevoerd. Met deze tussenevaluatie is de screening zeker weer een stap dichterbij.

Screenen heeft alleen zin als er consequenties aan verbonden worden. Veelal zullen ouders kiezen voor een abortus. Een landelijk screeningsprogramma zal er waarschijnlijk toe leiden dat meer kinderen met downsyndroom worden geaborteerd. Aan de erkenning dat gehandicapt leven ook door God gegeven leven is dus gerespecteerd moet worden zal het screeningsprogramma niet in positieve zin bijdragen. (Webredactie SME)

Volledige tekst van "Wet bevolkingsonderzoek: aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening - downsyndroom en neuralebuisdefecten"

Bron

Gezondheidsraad. Commissie WBO. Wet bevolkingsonderzoek: aanzet tot een landelijk programma voor prenatale screening; downsyndroom en neuralebuisdefecten. Den Haag: Gezondheidsraad, 2006; publicatie nr 2006/03WBO. ISBN-10: 90-5549-619-7, ISBN-13: 978-90-5549-619-8

COMECE: EU-besluit stap terug in bescherming embryo's

Comece, 25 juli 2006



The Secretariat of COMECE has followed the preparation of the 7th Framework Research Programme for the



period 2007-2013. It expresses its profound deception regarding the decision of the European Council of Ministers on 24 July 2006.

The Catholic Church recognises the importance of developing an economy based on knowledge, research and innovation in the European Union. To this end the 7th Framework Research Programme is an essential instrument to support research and innovation at the European Union level. The COMECE plenary session in November 2005 acknowledged that : "Science and research make major contributions to the quality of life, especially in the area of health where new therapeutic options are available. They are also an important factor for the economic development."

Like the preceding programme, in its current form the 7th FPR continues to promote research on stem cells from human embryos with the support of the European Parliament. This is the present situation notwithstanding the opposition of certain Member States which were not able to achieve better guarantees for the respect of human dignity in the negotiations at the European Council of Ministers on Monday 24 July. In order to complement the agreement reached in the Council of Ministers, the European Commission added a twelve point declaration which foresees in particular that the 7th FPR will not fund the destruction of human embryos, but will fund research on embryonic stem cells resulting from such destruction.

This declaration is most unsatisfactory because European funding of research on embryonic stem cells entails the risk of promoting at the level of the member states the destruction of human embryos. Therefore the Secretariat of COMECE reiterates its objection to EU funding of research which implies directly or indirectly the destruction of human embryos. In this respect, it recalls the statement of the Executive Committee of COMECE, 31 Mai 2006 : "Treating the human embryo as an object for research is not compatible with human dignity."

The use of human embryos for research purposes, i.e. their destruction or the research with stem cells derived from these embryos is not acceptable. Furthermore there is no necessity to undertake this research; according to experts, adult stem cells and stem cells from the umbilical cord, offer an alternative path with interesting and real perspectives for therapy.

The Secretariat of COMECE is perplexed by the contradiction between this decision which is an attack on human dignity at the beginning of life and the objective of the European Union to promote therapies aiming to save human life. This decision contradicts also the Charter of Fundamental Rights of the EU which states in Article 1: "Human dignity is inviolable. It must be respected and protected."

Therefore we draw the attention of public opinion to the gravity of this decision. We underline once again the fundamental importance of the social-ethical and bioethical dimensions of this debate for Europe and its future. We invite our fellow citizens and especially Catholics to recognize the anthropological significance of this debate regarding human dignity. We call on them to do all in their power to foster such a debate at the level of the European institutions, in the Member States and in civil society. This is vitally important in view of the second reading in the European Parliament in autumn.

Bishop Adrianus VAN LUYN, Bishop of Rotterdam, President
Mgr Noel TREANOR, Secretary General