Huidige abortuswetgeving en –praktijk vertonen inconsistenties

Pro Vita Humana, 1 april 2016
door drs. Ward J.A. Biemans SJ, spirituaal 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 ongeboren 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 ongeboren 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 Stressstoornis, 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 gezondsheidsproblemen 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-Jochemsen 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-Jochemsen 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 counselen 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-Jochemsen, T.W. van, Zijp-Zuidema, C.E. en Jochemsen, 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.