



Europees
Instituut voor
Bio-ethiek

Ideeën die nieuw leven brengen

UITBREIDING
VAN DE
ABORTUSTERMIJN
TOT NA
DE 3 MAAND
ZWANGERSCHAP

medische, psychologische
en ethische aspecten

Dossier gerealiseerd door het Europees
Instituut voor Bio-ethiek - Brussel

Mei 2023

INHOUDSTAFEL

Inleiding ¹	5
I. Abortusmethoden na 12 weken zwangerschap	7
II. Foetale anesthesie en foeticide	10
III. Stand van zaken in landen waar abortus is toegestaan in het tweede trimester van de zwangerschap	12
IV. De keuze van de zwangerschapsafbrekingsmethode	13
V. De toestemming van de vrouw	14
VI. Welke zijn de lichamelijke risico's voor de vrouw	15
VII. De psychologische gevolgen voor vrouwen bij een late abortus	17
VIII. Hoe ervaren zorgverleners de fragmentatiemethode ?	20
Besluit	22

1. Met dank aan de artsen die het Europees Instituut voor Bio-ethiek (EIB) bij de voorbereiding van dit dossier adviseerden en de tekst doornamen, in het bijzonder aan Dr. Xavier De Muylder, gynaecoloog-verloskundige verbonden aan de Sint-Janskliniek (Brussel).



INLEIDING

De Belgische wet laat vrijwillige zwangerschapsafbreking zonder medische reden toe tot 12 weken zwangerschap. Na deze termijn en tot op het moment van de bevalling is abortus alleen toegestaan *'indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose.'*² Dit wordt meestal *'zwangerschapsafbreking om medische redenen'* genoemd.

Sinds 2016 zijn in het federale parlement verschillende wetsvoorstellen ingediend om de wettelijke termijn voor een abortus tot na 12 weken zwangerschap te verlengen.³ De initiatiefnemers van die wetsvoorstellen zeggen daarmee te willen vermijden dat vrouwen naar Nederland reizen voor een late zwangerschapsafbreking. Toch stellen we al meer dan 20 jaar een aanhoudende daling vast van het aantal vrouwen waarvan men veronderstelt dat ze hun laatijdige abortus in Nederland lieten uitvoeren: van 1.473 gevallen in 2000 naar 371 in 2021⁴.

De 12-wekengrens was in 1990 eerder het resultaat van een politiek compromis dan van een wetenschappelijke keuze. De wetgever verklaarde toen dat hij zich vooral liet inspireren door de termijnen die Frankrijk op dat moment toepaste. Bij nader toezien - en de recente debatten bevestigen dit - bepalen eerder technische en medische aspecten deze grens: de arts voert een abortus niet op dezelfde wijze uit bij 12 dan bij 18 weken zwangerschap en ook de lichamelijke en psychologische gevolgen voor de vrouw zijn anders.

In juli 2020 publiceerde een collectief van gynaecologen, psychologen, huisartsen en andere zorgverleners (in totaal meer dan 2600) in een Franstalige krant een Open Brief, waarin de initiatiefnemers hun bezorgdheid deelden over de uitbreiding van de termijn voor afbreking zonder medische redenen na het eerste trimester van de zwangerschap. Zij schreven onder meer *'Na 3 maand zwangerschap is een zwangerschapsafbreking een veel zwaardere ingreep voor de vrouw en haar omgeving, maar ook voor de zorgverleners die van ver of nabij*

2. Art. 2, 5° van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen, B.S. 29 oktober 2018.
3. De EIB-Nieuwsbrief van 17/10/2019 Pas besoin de gouvernement pour faire passer des lois de bioéthique vermeld reeds 5 wetsvoorstellen, aan te vullen met die van de Groenen (Kamerdokument 54-2271) en van de MR (Kamerdokument 55-740/001). Beide willen de termijn op respectievelijk 16 en 18 weken zwangerschap brengen.
4. EIB-Nieuwsbrief (FR) van 11/02/2020 'Diminution du nombre de femmes belges qui vont avorter aux Pays-Bas'. Aanvullend: het EIB-nieuwsitem Abortusrapport 2020-2021 in België: een samenvatting. Een Brusselse huisarts getuigt op de website Abortus - Avortement: 'In 23 jaar praktijk kreeg ik slechts één maal te maken met een zwangerschapsafbrekening na de 12 weken: het betrof een moeder die haar zwangerschap ontkende'.

*betrokken zijn.*⁵ Het regeerakkoord van 2020 voorziet over de ethische kwesties dat het parlement een wetsvoorstel, zoals dat over de verlenging van de termijn voor een zwangerschapsafbreking, pas opnieuw in behandeling mag nemen nadat een wetenschappelijke commissie is geraadpleegd die de wet en de abortuspraktijk evalueert.⁶ Inmiddels bracht een daartoe aangesteld Comité op 18 april 2023 in het parlement verslag uit over zijn aanbevelingen, waaronder een voorstel tot verlenging van de wettelijke termijn voor zwangerschapsafbreking zonder medische redenen van 12 naar minimaal 18 weken.⁷

In deze context en als bijdrage tot het openbare debat, brengt het EIB het huidige dossier over de medische, psychologische en ethische impacts van een verlenging van de abortustermijn tot na het eerste trimester van de zwangerschap. Verschillende wetenschappelijke onderzoeken die hierover handelen zijn op vandaag beschikbaar en vormen de basis van de hierna volgende reflectie.

5. Open Brief van het Collectief in La Libre Belgique van 01/07/2020, Nous, professionnels de la santé, sommes opposés à l'extension de la loi sur l'avortement,.

6. Zie de regeringsverklaring van formateurs van 30 september 2020 over ethische dossiers: Verslag van de Formateurs, blz 22.

7. Samenvatting en Aanbevelingen van het Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk Comité, Studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking, maart 2023



I. ABORTUSMETHODEN NA 12 WEKEN ZWANGERSCHAP

Het is in de eerste plaats het ontwikkelingsstadium van de menselijke foetus dat bepaalt welke abortusmethode de arts zal toepassen.

Met betrekking tot het eerste trimester van de zwangerschap :

- ❖ wordt, tot 7 weken zwangerschap, de **abortuspil** steeds vaker voorgeschreven. Zie over deze methode de EIB-Nota.⁸
- ❖ past de arts, na 7 weken zwangerschap en tot en met de 12de week, op het embryo of de foetus een **zuigcurettage** toe⁹ met behulp van een in de baarmoeder ingebracht vacuümbuisje (canule).

Tijdens het tweede trimester van de zwangerschap **groeit de foetus aanzienlijk**: op 3 maand tijd groeit het kleine wezentje van 8 naar 35 cm lengte. Na 18 weken zwangerschap is het al 20 cm lang. Na 3 maand laat zijn lengte het gebruik van de aspiratiemethode niet meer toe en schakelen de artsen over op één van de volgende methodes:

ABORTUS DOOR INDUCTIE (DE BEVALLING WORDT MEDICAMENTEUS OPGEWEKT)

Dit gebeurt meestal als volgt:

- ❖ het geneesmiddel **Mifepriston®** wordt toegediend. Het blokkeert de werking van het progesteron dat het vrouwelijk lichaam bij zwangerschap aanmaakt
- ❖ 1 tot 2 dagen later wordt **Misoprostol®** toegediend. Dit geneesmiddel wekt de weeën op en doet de baarmoederhals uitzetten (dilatatatie). In dit stadium is deze van nature niet klaar voor een bevalling.¹⁰ Het innemen van Misoprostol veroorzaakt hevige buikkrampen. De vrouw krijgt pijnstillers die de pijn van de weeën verlichten.
- ❖ binnen de 36 uur wordt de **intacte foetus uitgedreven**, terwijl de vrouw meestal bij volle bewustzijn is.

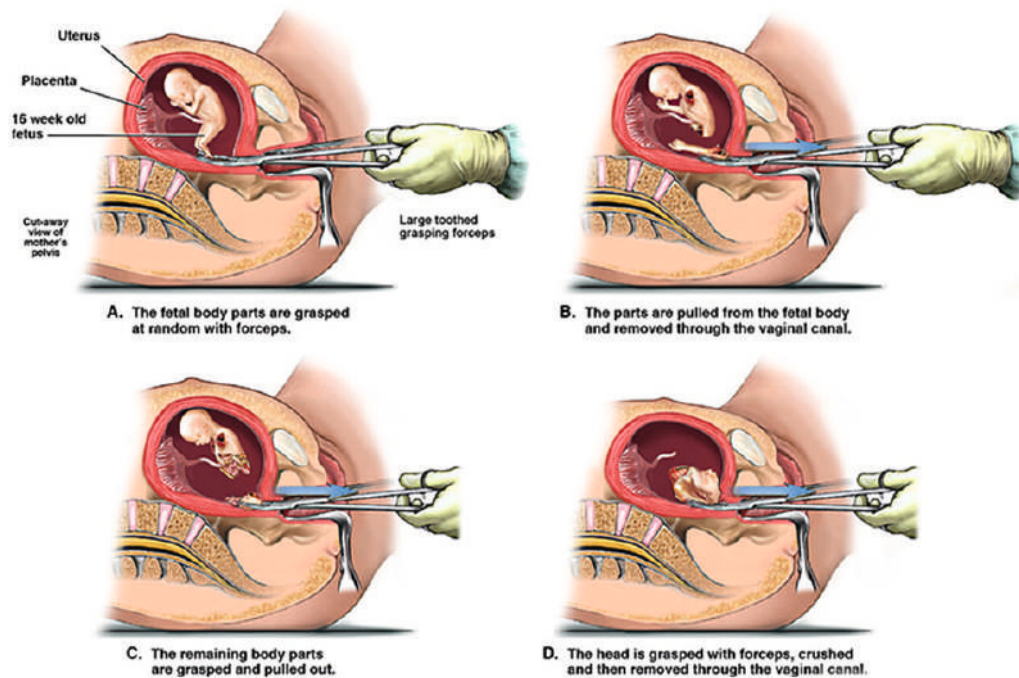
Deze methode van medicamenteuze afbreking is momenteel in de Belgische ziekenhuizen de meest gebruikte bij **zwangerschapsafbrekingen wegens medische redenen** (ZaMR), wanneer een ernstige en ongeneeslijke ziekte bij het kind is

8. EIB-Nota van 14/05/2020, 'RU-486® of medicamenteuze abortus: de vrouw wordt steeds vaker alleen gelaten bij abortus'

9. In wetenschappelijke termen doelt 'embryo' op het eerste ontwikkelingsstadium na de bevruchting en tot 8 weken erna, terwijl 'foetus' doelt op de erop volgende periode tot de geboorte. Bij 12 weken zwangerschap meet de foetus ongeveer 9 cm van het hoofd tot het staartbeentje.

10. MOTHE Ch., Interruption médicale de grossesse: indications et analyse des pratiques obstétricales sur trois ans au CHU de Bordeaux, Médecine humaine et pathologie, 2016, blz 53.

Dilation and Evacuation Abortion (D&E) of a 16 Week Old Fetus



©Nucleous Medical Media, 2015

vastgesteld of als de gezondheid van de moeder in gevaar is. Bij deze methode is er noodzaak aan een intensievere begeleiding. De vrouw mag na de inname van Mifepriston wel het ziekenhuis verlaten. Als ze terugkeert voor de uitdrijving, staat de medische staf klaar voor een intensieve begeleiding. Zowel vóór als na de abortus is psychologische en sociale hulpverlening voorzien.¹¹

Als de methode niet succesvol blijkt te zijn, zal een chirurgische ingreep van fragmentatienodig zijn, zoals hierna beschreven.

ABORTUS DOOR EMBRYOTOMIE OF DILATATIE & EVACUATIE (D&E: FRAGMENTATIE VAN DE FOETUS)

Deze chirurgische methode wordt sinds 1970 toegepast op een laatijdige zwangerschapsafbreking waarvoor **geen medische redenen** voorhanden zijn. In de Angelsaksische wereld staat ze bekend als D&E (dilatatatie & evacuatie). Eens de baarmoederhals voldoende is uitgezet, duurt de embryotomie slechts 10 à 30 minuten.¹² Die verlopen als volgt:

- ❖ **de dilatatatie van de baarmoederhals** wordt bekomen met instrumenten of soms met geneesmiddelen (prostaglandines) toegediend tussen 1 uur en 24 uur voor de extractie van de foetus. De methode van de dilatatatie en de duur ervan hangen af van de leeftijd van de foetus en verschillen van arts tot arts en per land.¹³
- ❖ **de aspiratie van het vruchtwater**
- ❖ **de fragmentatie van de foetus:** met een tang trekt de arts de foetus in stukken en verwijdert hem uit de baarmoeder. Beentjes, armpjes, borstkas en hoofdje drukt hij vooraf samen zodat hij ze via de baarmoederhals kan verwijderen. Die is op dat ogenblik onvoldoende uitgezet om de foetus zonder fragmentatie eruit te halen.
- ❖ **de curettage:** met een vacuümbuisje wordt wat er nog in de baarmoeder zit afgezogen
- ❖ tenslotte, **onderzoekt de arts de uit de baarmoeder verwijderde stukjes foetus en placenta** en vergewist zich door hersamenstelling van het lichaampje dat ze alle uit de baarmoeder zijn verwijderd.

11. Zie hierover bijvoorbeeld de informatieve brochure van de CHU van Luik dat deze methode toelicht: *Interruption médicale de grossesse et deuil périnatal* van juni 2020.

12. Over de zgn. 2de trimesterbehandeling: zie de website van de abortusklinieken Amsterdam en Haarlem

13. Lohr PA, Reproductive Health Matters, 2008;16 (31 Supplement):151

14. Zie over de late zwangerschapsafbrekingen, Dr. Antony Levantino's getuigenis voor het Amerikaanse Congres, *Former Abortionist Tells Congress How Abortions Are Done* (video).

D&E is de meest toegepaste methode.¹⁴ De vrouw is meestal onder algemene verdoving.

Een **variant** van deze methode, ook wel '**intacte D&E**' of 'partial birth abortion' genoemd.

Deze verloopt als volgt:

- ❖ de dilatatatie van de baarmoederhals verloopt over een langere duur zodat een grotere opening kan worden verkregen
- ❖ de arts oriënteert met instrumenten de voetjes van foetus naar de baarmoederhals en haalt de foetus uit de baarmoeder met zijn beentjes en tot aan de hals
- ❖ de schedel wordt verbrijzeld zodat de foetus niet levend geboren wordt (wettelijk voorzorgsmaatregel)
- ❖ de foetus wordt volledig geëxtraheerd met een vacuümbuisje wordt wat nog in de baarmoeder aanwezig is weggezogen
- ❖ de chirurg stelt het lichaamje terugsamen en vergewist zich ervan dat alle stukjes foetus en placenta uit de baarmoeder verwijderd zijn.¹⁵

De instrumentele methodes (zoals embryotomie of intacte D&E) laten toe de **abortus in te plannen en snel uit te voeren, in principe zonder ziekenhuisopname, tenzij er verwickelingen optreden**. In Nederland passen de abortusklinieken in het tweede trimester van de zwangerschap alleen embryotomie toe en nooit medicamenteus opgewekte bevalling, omdat abortussen door **tijdsbeperkingen** niet langer dan één dag mogen duren.¹⁶ Het aantal abortussen na 12 weken ligt in Nederland bepaald hoger (**4752** in 2021 of **15%**).¹⁷ In 2021 schat men in België **1152** zwangerschapsafbrekingen wegens medische redenen, dat wil zeggen **6,9%** van het totale aantal.¹⁸

15. Lohr PA, Reproductive Health Matters, 2008, 16 (31 Supplement): 156.

16. In tegenstelling tot Nederland en België, is de 'intacte D&E-methode' of 'partial birth abortion' thans verboden in de VS door de 'Partial Birth Abortion Act of 2023'.

17. Jaarrapportage 2021 van de Wet Zwangerschapsafbreking

18. In het verslag van de Evaluatiecommissie vrijwillige zwangerschapsafbreking voor 2020-2021 staat vermeld dat 144 abortussen om medische redenen in 2021 zijn aangegeven en in een vorig verslag opperde de Commissie dat vermenigvuldiging met 8 een realistischer beeld geeft.



II. FOETALE ANESTHESIE EN FOETICIDE

DE PIJNERVARING

Nog steeds leeft, wijd verbreid, het idee dat een foetus pas pijn kan voelen vanaf de 24e week en tot dan niet kan afzien door een abortus. Alhoewel het onderzoek daaropnog volop aan de gang is, blijven vele vragen nog onbeantwoord.

Een wetenschappelijk onderzoek uit 2020 'Reconsidering Foetal Pain' besluit dat een foetus **al in de vierde maand** van de zwangerschap pijn kan voelen. De bevindingen van dit onderzoek zijn gepubliceerd in een artikel dat verscheen in het Journal of Medical Ethics van de hand van de professor Stuart Derbyshire en de Amerikaanse arts, Dr John Bockmann. Deze schrijven: *'zelfs indien wij de cortex noodzakelijk achten voor de pijnervaring, ligt thans voldoende bewijs voor dat thalamische projecties in de subplaat (nvdr: zijnde een vorm van pijnprikkeloeverdracht), die rond de 12e week van de zwangerschap ontstaan, dezelfde functie hebben als en gelijkwaardig zijn aan de thalamocorticale projecties die ontstaan rond 24 weken zwangerschap'*.¹⁹ Ook de neonatoloog Carlo Bellieni treedt in een artikel in Nature het standpunt bij dat de hersenschors

niet essentieel is voor het pijngevoel bij de foetus. Het volstaat dat de subcorticale structuren van de pijnperceptie aanwezig zijn.²⁰ In de huidige stand van de wetenschap kan men dus niet met zekerheid uitsluiten dat de foetus vanaf de 13e week van de zwangerschap pijn ervaart en het meest recente onderzoek lijkt dat te bevestigen.

Het voorzorgsprincipe zet er dus toe aan ermee rekening te houden dat de foetus na **drie maand zwangerschap** bij een abortus **pijnervaring** heeft. Zoals Derbyshire & Bockman stellen is er een objectieve tegenstrijdigheid de foetus te verdoven bij curatieve behandelingen en dit niet te doen bij een abortus. In de zeldzame gevallen waarin de artsen bij abortus hetzij anesthesie hetzij foeticide overwegen, doen zij dit voorlopig dat de ingreep vlot, snel en veilig kan verlopen.²¹

Het is ook belangrijk te weten dat de **verdoving van de baarmoeder** bij een abortus **onvoldoende is om de foetus te verdoven**. Doordat het placenta-membraan een soort barrière opwerpt tussen de moeder en de foetus, zou de arts een 50 maal hogere dosis dan gebruikelijk bij volwassenen moeten toedienen. Dat gebeurt dus

19. Derbyshire SWG & Bockmann JC., Reconsidering foetal pain, Journal of Medical Ethics, 2020; 46:3–6. Professor Stuart Derbyshire doceert aan de Nationale Universiteit van Singapore en was in het VK adviseur voor het Pro choice forum en voor de Planned Parenthood-vereniging.
20. Bellieni, C.V., Analgesia for fetal pain during prenatal surgery: 10 years of progress, Nature, Pediatric Research van 24/09/2020; Pierruci R., Fetal Pain: The Science Behind Why It Is the Medical Standard of Care, The Linacre Quarterly, 2020, Vol. 87(3) 311-316 schrijft: '[Pain] also is present when noxious stimulation results in either immediate or long-term ramifications. There is a medical and ethical duty to recognize fetal pain capability.'
21. De Richtlijn Behandeling van vrouwen die een zwangerschapsafbreking ondergaan (momenteel in herziening) van het Nederlands Genootschap voor Abortusartsen (NGvA) schrijft voor: 'tot een zo veilig en efficiënt mogelijke evacuatie van de uterus te komen' (blz 120)

niet omdat dergelijke hoge dosis schadelijk kan zijn voor de gezondheid van de vrouw.²²

Vóór 22 weken zwangerschap, zijnde de erkende grens voor de levensvatbaarheid van het kind buiten de baarmoeder, opteert de arts er in het algemeen **niet** voor de foetus te doden en past hij geen anesthesie toe.²³ Nochtans verlangt de vrouw bijna altijd (92%) dat de foetus reeds overleden is bij de expulsie of de extractie.²⁴ Verliezen we ook niet uit het oog dat bij de fragmentatietechniek de foetus afsterft door hem instukken te trekken.

Toch kan bij de D&E-methode, weliswaar in zeldzame gevallen, **de foetus levend ter wereld komen** als de vrouw weeën krijgt nog voor de fragmentatie of als de baarmoederhals voldoende is verbreed dat de foetus ongeschonden uit de baarmoeder kan worden gehaald.

In de medische literatuur zijn ook gevallen beschreven van levendgeborenen na een medicamenteus opgewekte abortus. Dit kan uiterst traumatiserend zijn, zowel voor de vrouw als voor het gezondheidsteam, dat vaak dan geen andere keuze heeft dan de foetus te laten afsterven. Juridisch gesproken mag men het kind vanaf het begin van de arbeid niet meer naar het leven staan.²⁵

FOETICIDE

Vanaf de 21e of 22e week van de zwangerschap, voeren artsen een foeticide uit vóór de vruchtafwijving, dwz dat zij bepaalde technieken toepassen die tot de dood van de foetus leiden, namelijk:

- ❖ ze dienen bepaalde **geneesmiddelen toe** door injectie, bijvoorbeeld: kaliumchloride(chloroform) in het hart of



Echographie op 12 weken amenorroe / 10 weken post-conceptie

de borstkas van de foetus, of digoxine in het vruchtwater of in een lichaamsdeel van de foetus. Dit zijn de twee meest gebruikte middelen.

- ❖ ze **knippen de navelstreng door** met een instrument dat ze via de baarmoederhals in de baarmoeder inbrengen. Deze methode is invasiever en technischer dan de vorige. De foetus sterft binnen 1 à 11 minuten door hartfalen.²⁶

Voor de vrouw kunnen deze technieken waardoor de foetus in de moederschoot overlijdt, bijwerkingen hebben, zoals infecties of braken na een digoxine-injectie. Bovendien kan de uitdrijving van de foetus al van start gaan vóór de voorziene datum, bijvoorbeeld als de vrouw nog thuis is omdat zij het ziekenhuis na de toediening van de medicatie verliet.²⁷

22. Jooe F, Partial-birth abortion – is it legally and ethically justifiable ?, Lessons for South Africa, SAJBL, November 2018, Vol. 11, No. 2, p. 96 en de door deze auteur aangehaalde referenties.
23. Jooe F, The Legal and Ethical Implications of Implementing Partial-Birth Abortion in South Africa, LLM thesis, Durban University of KwaZulu-Natal, 2017; Schwarz SD & Latimer K., Understanding Abortion: From Mixed Feelings to Rational Thought, Lanham, Lexington Books, 2012; Lohr PA, Reproductive Health Matters, 2008; 16 (31 Supplement): 156.
24. Jackson RA, Teplin VL, Drey EA, et al., Digoxin to facilitate late second-trimester abortion: a randomized, masked, placebo-controlled trial, Obstetrics & Gynecology, 2001; 97: 471–76.
25. Society of Family Planning, Induction of fetal demise before abortion, Contraception, 81 (2010) 463–464; Dommergues M, et al., Feticide during second- and third-trimester termination of pregnancy: opinions of health care professionals, Fetal Diagn. Ther., 2003, 18:91–7. Ook in België is het kind vanaf de geboorteweek (dus nog voor het doorknippen van de navelstreng) strafrechtelijk beschermd tegen het onopzettelijk toebrengen van dodelijke letsels en/of schuldig verzuim. Zo diende een gynaecoloog zich te verantwoorden voor de dood van een tweeling: de ene baby overleed 8 dagen na de geboorte, de andere was bij de geboorte reeds overleden (artikel 419 Strafwetboek; Hof van Cassatie 11/02/1987; Dufaux H., Het ongeboren leven: kiezen tussen werkelijkheid en fictie, EIB-dossier, 2019, randnummer 14, blz 10)
26. Tocce Kristina et al., Umbilical cord transection to induce fetal demise prior to second-trimester D&E abortion, Contraception journal, Volume 88, Issue 6, 2013, blz 712–716
27. Society of Family Planning, Induction of fetal demise before abortion, Contraception 81 (2010) 463–464.



III. STAND VAN ZAKEN IN LANDEN WAAR ABORTUS IS TOEGESTAAN IN HET TWEEDE TRIMESTER VAN DE ZWANGERSCHAP

In tegenstelling tot België, staan weinig landen zwangerschapsafbreking toe tot aan de geboorte als de foetus aan een ernstige en ongeneeslijke ziekte lijdt. In Nederland bijvoorbeeld is abortus na 24 weken zwangerschap niet toegestaan, of er nu een medische reden is of niet.

In de VS worden abortussen in het tweede trimester in 90% van de gevallen met de chirurgische **fragmentatiemethode** uitgevoerd; in het VK is dat 95%.²⁸ Dit is ook de voorkeursmethode in Nederland, in tegenstelling tot de Scandinavische artsen die eerder kiezen voor de medicamenteuze zwangerschapsafbreking.²⁹

Pas **vanaf de 22e week van de zwangerschap** beveelt het **Royal College of Obstetricians and Gynaecologists** (VK) een injectie aan met kaliumchloride met de bedoeling de foetus voorafgaandelijk aan de abortus te doden,³⁰ terwijl het **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France** (CNGOF) alleen anesthesie of foeticide aanbeveelt vanaf 20 à

22 weken zwangerschap.³¹ De richtlijnen van de **Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie** geven de practici een nog ruimere marge: '*Vanaf een zwangerschapsduur van 22 complete weken (154 dagen) kan worden overwogen om voorafgaand aan de medicamenteuze zwangerschapsafbreking foeticide te verrichten*'.³² Daarbij dient vermeld dat de NVOG-richtlijn in de context van een zwangerschapsafbreking door fragmentatie de problematiek van de foeticide niet ter sprake brengt.

28. Gamble SB, Strauss LT, Parker WY et al. Abortion surveillance – United States, 2005. MMWR Surveill Summ 2008; 57: 1–32. Department of Health. Abortion statistics, England and Wales: 2008. Statistical Bulletin 2008/1. London: Crown, 2008.
29. Lohr PA, Reproductive Health Matters, 2008;16 (31 Supplement):152 en de aangehaalde referenties en noten.
30. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, The Care of Women Requesting Induced Abortion. London, RCOG Press, 2004.
31. Mandelbrot L. & Girard G., Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Aspects techniques des interruptions médicales de grossesse, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, volume 32, 03/12/2008.
32. NVOG, Herzien NVOG-richtlijn Zwangerschapsafbreking tot 24 weken, p. 14 (onderlijning toegevoegd)



IV. DE KEUZE VAN DE ZWANGERSCHAPSAFBREKINGSMETHODE

De vraag welke methode bij laattijdige zwangerschapsafbreking zal worden toegepast zal bepaald worden in functie van verschillende factoren, zoals:

❖ de moeder-kindverhouding.

Bij foetale afwijkingen zonder dewelke de moeder haar kind zou gehouden hebben, zal de **inductiemethode** (medicamenteuze opwekking van de weeën) aangewezen zijn omdat ze haar baby dan zal zien, wat de rouwverwerking te goede komt.³³ Wanneer het daarentegen gaat om een laattijdige afbreking zonder medische redenen, wordt vaak de voorkeur gegeven aan de **chirurgische methode**. Die verloopt sneller en onder algehele verdoving zodat de vrouw zich niet eens bewust is van de fragmentatie. Met andere woorden, medicamenteuze abortus vereist **de fysieke en psychologische betrokkenheid van de vrouw**, terwijl bij de chirurgische methode de psychologische belasting bij de uitvoering volledig op de schouders van de arts wordt gelegd. De onmiddellijke betrokkenheid van de vrouw is bij deze methode minimaal.

❖ de opleiding van de arts:

De fragmentatie vereist van de arts een **gespecialiseerde opleiding en praktijkervaring** zodat hij de letsels bij de vrouw tot een minimum kan beperken

❖ de doeltreffendheid van de fragmentatie

In het tweede trimester worden de weeën ingeleid op een moment dat de baarmoeder veel minder klaar is voor de foetusuitdrijving dan aan het begin of op het einde van de zwangerschap.³⁴ De fragmentatiemethode daarentegen verloopt veel sneller: de arts hoeft niet toe te zien op het goed verloop van het expulsieproces en de methode vereist geen ziekenhuisopname.

❖ medische en verloskundige antecedenten van de vrouw kunnen bepalend zijn bij de methodekeuze

❖ abortus door inductie zal meestal aangewezen zijn als een **foetopathologisch onderzoek** (lijkschouwing) is aangevraagd.³⁴

33. Burgoine GA, Van Kirk SD, Romm J, et al. Comparison of perinatal grief after dilation and evacuation or labor induction in second trimester terminations for fetal anomalies, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2005;192(6):1928–32; Pregnancy Loss and Infant Death Alliance (PLIDA), Practice Guidelines; Offering the Baby to Bereaved Parents (aangehaald door Mitchell Lisa M., Time with babe: Seeing fetal remains after pregnancy termination for impairment, in *Medical Anthropology quarterly*, Vol. 30, Issue 2, pp. 168–185)

34. Grimes DA, *Reproductive Health Matters*, 2008;16(31 Supplement):183–188



V. DE TOESTEMMING VAN DE VROUW

In de huidige medische praktijk is **de vrije en geïnformeerde toestemming** van de patiënt de norm. De vraag stelt zich dan of het recht van de patiënt op volledige informatie wel toepasselijk is op de bijzondere toestand van de vrouw die vraagt haar zwangerschap af te breken, maar er tegelijk zoveel mogelijk de ogen voor sluit.

De keuze om de weeën door medicatie op gang te trekken, vereist een goede communicatie tussen de vrouw en haar arts en volledige informatie over de werking van de prostaglandinen, de effecten daarvan op het vrouwelijke lichaam, het verloop van de bevalling, hoe de baby er na expulsie uit zal zien en of de moeder hem al dan niet wil zien, enz. Een juiste voorlichting van de vrouw kan haar ongeduld en angsten verminderen en zal haar, desgevallend, beter voorbereiden op de confrontatie met haar dode en soms misvormde baby.

Bij late afbreking, zal het centrum of het zorgpersoneel het confronterende karakter van de chirurgische fragmentatie en de gewelddadige details ervan zoveel mogelijk voor de vrouw verborgen houden. Alles verloopt heel snel en onder volledige narcose, zodat de vrouw niets hoort, voelt noch ziet. Als we de websites van de Nederlandse abortuscentra bekijken, stellen we

vast dat ze bijvoorbeeld niet uitleggen dat de zwangerschap na 12 weken wordt afgebroken door de baby te fragmenteren. Zo lezen we bijvoorbeeld: *'De baarmoeder wordt met een speciaal tangetje leeggemaakt en daarna schoongemaakt (curettage).'*³⁵ Dergelijke uitleg kan toch moeilijk onder de noemer van de volledige informatie van de patiënt worden gebracht? Eerlijke informatie is essentieel voor een vrije beslissing. Als de patiënten pas na de ingreep de realiteit ervan snappen, kunnen ze dit de zorgverleners ten kwade duiden of zich verraden voelen.

35. <https://www.vrelinghuis.nl/behandeling/vanaf-13-weken/>



VI. WELKE ZIJN DE LICHAAMELIJKE RISICO'S VOOR DE VROUW

Onderzoek heeft uitgewezen dat **moedersterfte** na een zwangerschapsafbreking week na week toeneemt. Het sterftecijfer, dat over het algemeen zeer laag ligt, neemt in vergelijking met een zwangerschap op 8 weken, bij 21 of meer weken toe met een factor 89 (8,9 per 100.000).³⁶

Volgende verwickelingen zijn in het tweede trimester van de zwangerschap gerapporteerd: **bloedingen, baarmoederhalsletsels, vroegtijdige of laatijdige infecties, perforatie of het scheuren van de baarmoeder**. Het risico op verwickelingen neemt eveneens toe naarmate de zorgverlener te weinig ervaring heeft.

- ❖ na medicamenteuze abortus is een **bijkomende chirurgische ingreep** voor het leegmaken van de baarmoeder in ongeveer 8% van de gevallen nodig als Mifepriston en Misoprostol samen worden toegediend.³⁷ Deze percentages liggen

hoger dan die van de inductiemethode in het eerste trimester van de zwangerschap.

- ❖ **verwickelingen die vaak voorkomen bij de chirurgische methode** door fragmentatie zijn: scheuring van de baarmoederhals, retentie van foetale delen, baarmoederperforatie.³⁸ Het bloedverlies bij deze methode is meestal 100-400 ml.³⁹ Het risico op ernstige baarmoederperforatie is 0,2 à 0,4% voor abortussen in het tweede trimester. Dit komt door het heen en weer bewegen van de instrumenten (tang, canule) in de baarmoeder.^{40 41} Hoe verder de zwangerschap gevorderd is, hoe zachter en fragieler de baarmoeder.

36. The American College of Obstetricians and Gynecologists, Practice Bulletin, nr 135, juni 2013, bijgewerkt tot 2019.

37. Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, et al. Midtrimester medical termination of pregnancy: a review of 1002 consecutive cases, Contraception 2004;69(1):51-58

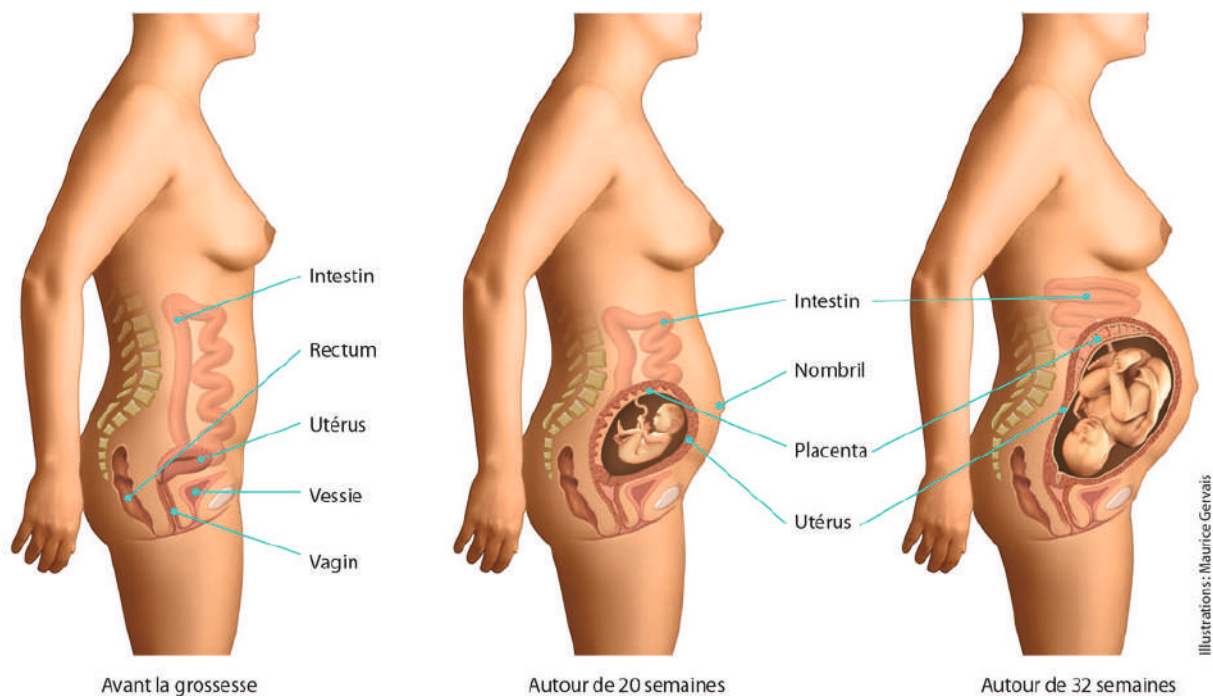
38. Mandelbrot L. & Girard G., aangehaald in voetnoot 31, p. 14.

39. Grossman D. et al., Reproductive Health Matters 2008 ; 16(31 Supplement) : 177.

40. Nederlands Genootschap voor Abortusartsen (NvGA), Richtlijn behandeling van vrouwen (aangehaald in voetnoot 21), blz 120; Pridmore BR & Chambers DG, Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention, Aust N Z J Obstet Gynaecol 1999; 39(3): 349-353.

41. Lohr PA, Reproductive Health Matters 2008;16(31 Supplement):156-157 en in de noot vermelde referenties.

- ❖ **zwaar bloedverlies** kan optreden bij beschadiging van de baarmoederhals of van de baarmoeder zelf als die onvoldoende is schoongemaakt of bij onvoldoende samentrekking. Het risico op **gedissemineerde intravasculaire stolling** (bloedklonters) neemt ook toe in het tweede trimester. Wegens deze risico's op mogelijk ernstige verwickelingen moeten de afbrekingen na 12 weken worden uitgevoerd in centra die uitgerust zijn voor bloedtransfusie en voor spoedlaparatomie (buikwandincisie).⁴²



©Maurice Gervais

Vertaling aanduidingen in de illustratie: L= ingewanden, rectum, baarmoeder, blaas, vagina,

M&R: ingewanden, navel, placenta, baarmoeder,

Onderaan: voor de zwangerschap, op 12 weken, op 32 weken

42. Lee Vivian C.Y. et al., Issues in second trimester induced abortion (medical/surgical methods), Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 24 (2010) 518.



VII. DE PSYCHOLOGISCHE GEVOLGEN VOOR VROUWEN BIJ EEN LATE ABORTUS

We mogen stellen dat de wijze waarop de vrouw met haar zwangerschap en met haar kind omgaat, intenser wordt naarmate het ongeboren kind zich ontwikkelt en dat dit in zekere mate ook geldt voor de psychologische ervaring van de vrouw die een zwangerschapsafbreking overweegt.

De psychologe Sophie Marinopoulos beschrijft die evolutie bij vrouwen tussen het eerste en het tweede trimester van de zwangerschap als volgt: *'Het eerste trimester maakt de vrouw bewust van haar zwanger zijn, van de aanwezigheid van een bevrucht en ander lichaam. Het is een 'zijnsstaat' (...) Precies in dit eerste trimester is vrijwillige zwangerschapsafbreking, abortus, toegestaan. Van haar wordt gevraagd wat in beweging is te stoppen en in een andere, niet-gewenste richting te sturen. (...) In het tweede trimester ontstaat de verwachting naar een kind, dat ze zich voorstelt in fantasmen en andere denkbeeldige vormen'.*⁴³

Psychologen en psychiaters zijn het erover eens

dat - behalve bij psychiatrische problemen - **het begin van de 4e maand van de zwangerschap een fundamentele fase uitmaakt in de omgang van de vrouw met haar zwangerschap en met haar ongeboren kind**, zowel op lichamelijk als op psychologisch vlak.⁴⁴ De foetus nadert de levensvatbaarheidsdrempel. De vrouw begint **bewegingen** te voelen en zich haar baby voor te stellen.⁴⁵ Volgens de kinderpsychiater Michel Soulé zal elke zwangerschapsafbreking in het tweede trimester (wanneer dus de foetus zich werkelijk heeft 'ingewerkt') voor de vrouw een echt rouwproces tot gevolg hebben.⁴⁶ De lichaamssignalen herinneren haar aan haar toestand. De melktoevoer bijvoorbeeld moet onmiddellijk na de late abortus worden geblokkeerd. Psychologisch kan dit moeilijk zijn.

Het onderzoek dat de Journal of Pregnancy in 2010 publiceerde, vergeleek de ervaringen van 374 vrouwen in de Verenigde Staten die in het eerste trimester een abortus ondergingen met die van

43. Marinopoulos Sophie, « De l'impensé à l'impensable en maternité : Le déni », Champ psychosomatique, 2009/1 (n° 53), p. 19-34. DOI : 10.3917/cpsy.053.0019.

44. Voy. notamment G. L. Bibring e.a., « A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship », The Psychoanalytic Study of the Child, 1961, 16:1, 9-24.

45. Cohen-Salmon, J., Missonnier, S. et Marty, P. (2011). Addiction et grossesse : du déplacement de l'objet d'addiction vers le nouveau-né. La psychiatrie de l'enfant, 54 (2), 433-468. Voy. aussi Stern D. La naissance d'une mère. Paris: Odile Jacob, 1998.

46. M. Soulé, Introduction à la psychiatrie foetale, Paris, ESE, 1992, p. 133.

vrouwen die een laattijdige abortus ondergingen (na de 13e week van de zwangerschap). Na controle van de sociaal-demografische variabelen en de persoonlijke voorgeschiedenis, bleek uit dit onderzoek dat laattijdige abortussen gepaard gaan met meer **intrusiesymptomen** (het mentaal herbeleven van de abortus), een grotere neiging tot **verwarrende dromen**, en meer moeite om de slaap te vatten (**hyperarousal**).

Ook **ambivalentie (tegengestelde signalen) en conflict** rond de abortusbeslissing, en minder stabiliteit in de relatie met de partner worden gerapporteerd. Ook ervaringen dat andere personen dan de partner druk uitoefenen voor een zwangerschapsafbreking, het verlaten van de partner vóór de ingreep, het niet bekendmaken van de beslissing aan de partner, en angsten gelieerd aan de lichamelijke gezondheid kwamen vaker voor bij vrouwen die een laattijdige abortus hadden meegemaakt. Vrouwen die minder zeker zijn over de aanvaarding van hun zwangerschap zullen logischerwijze eerder geneigd zijn om de beslissing uit te stellen, misschien in de hoop dat de omstandigheden zullen verbeteren en haar in staat zullen stellen haar zwangerschap voort te zetten.⁴⁷

De voorgestelde verlenging van de termijn voor de vrijwillige afbreking van de zwangerschap houdt dus een reëel risico in dat **de periode van dubbelzinnigheid** de tijd nodig voor de aanvaarding van de zwangerschap en van het ongeboren kind, zal verlengen, terwijl het verstrijken van de drie maanden van de zwangerschap **geruststellend** kan zijn voor sommige vrouwen van wie de omgeving er vijandig tegenover staat. De verlenging van de periode waarin abortus toegelaten is, zal de tijd van onzekerheid en druk op een zwangere vrouw verlengen.



Echografie op 16 weken amenorroe / 14 weken post-conceptie

HET BIJZONDERE GEVAL VAN DE ONTKENNING VAN DE ZWANGERSCHAP

De term 'zwangerschapsontkenning' is in de media algemeen gangbaar. Hij behoort wel degelijk tot de medische realiteit. De ontkenning betekent 'reeds drie maand zwanger zonder het te beseffen'.⁴⁸ Het is een onbewust afweermechanisme: 'de vrouw isoleert en verdringt de voorstellingen en affecten die niet overeenstemmen met wat ze zich van haar toestand voorstelt'.⁴⁹ Bij dit onderwerp is dit toch belangrijk. In tegenstelling tot vrouwen die zich van hun zwangerschap en van het nieuwe wezen dat zich in hen ontwikkelt bewust zijn, zou men kunnen denken dat bij vrouwen die hun zwangerschap ontkennen, zelfs in een laat stadium, een beëindiging eerder een opluchting dan een psychologisch risico zou moeten zijn, aangezien zij zich niet bewust zijn van het bestaan van hun baby.

Zwangerschapsontkenning komt per definitie altijd na de wettelijke termijnen voor vrijwillige zwangerschapsafbreking aan het licht.⁵⁰ Bij een abortusverzoek na het eerste trimester moeten de zorgverleners altijd alert zijn of mogelijks geen zwangerschapsontkenning voorligt. Psychiater

47. Coleman Priscilla K., Coyle Catherine T. & Rue Vincent M., Late-Term Elective Abortion and Susceptibility to Posttraumatic Stress Symptoms, *J Pregnancy*. 2010; 2010: 130519.
48. Navarro F, Delcroix M, Godeau E., Le déni de grossesse à l'adolescence, *Rev Psicol Criança E Adolesc*. 2011;147-64.
49. Nisand I., Déni de grossesse, *La Lettre du Gynécologue*, n° 378-379 - januari-februari 2013, pp. 20-21. Zwangerschapsontkenning mag niet worden verward met zwangerschapsverloochening, waarbij de vrouw de zwangerschapssignalen wel waarneemt. 'Soms is er de veronderstelling dat er een baby groeit, wordt die indruk vluchtig erkend, maar uiteindelijk verdrongen en anders uitgelegd'. In dezelfde zin: Rémy Maëva, Ontkenning van zwangerschap: 'Is het dan niet voldoende zwanger te zijn om een kind te verwachten?'. *Médecine humaine et pathologie*. 2011. hal-01882032
50. Humeau E., Le déni de grossesse, *revue de la littérature et étude de son lien potentiel avec le néonaticide*, *Médecine humaine et pathologie*, 2018, p. 20.
51. Bonnet C., *Accompagner le déni de grossesse : de la grossesse impensable au projet de vie pour le bébé*,

Catherine Bonnet raadt bij elk abortusverzoek buiten de wettelijke termijn aan systematisch te onderzoeken op een mogelijke ontkenning van zwangerschap.⁵¹

klankbord kan zijn voor de projecties die de vrouw maakt.⁵⁴

Het maakt een medische fout uit een abortus uit te voeren bij een vrouw die klaarblijkelijk haar zwangerschap ontkent en de tijd niet te nemen voor een juiste diagnose en een aangepaste behandeling. Dan wordt een psychiatrische diagnose verdoezeld en de patiënt een gepaste behandeling ontzegd. Dergelijke situaties vallen niet uit te sluiten als de abortus ambulante en uiterst snel wordt uitgevoerd met de fragmentatiemethode binnen de zeer korte termijn van minimaal 48 uur. Dergelijke medische fouten verhogen het risico op recidive van de pathologie en op kindermoord.⁵² De snelle verwijdering van de foetus kan immers verhinderen dat de vrouw zich bewust wordt van de realiteit van haar zwangerschap en kan leiden tot een herhaling van de situatie.

Een onderzoek door het Centre Hospitalier Universitaire van Angers in 2021 op basis van 75 dossiers van laattijdig ontdekte zwangerschappen, bracht aan het licht dat 13 van de 16 vrouwen die bij de ontdekking van hun zwangerschap om een abortus hadden gevraagd, uiteindelijk ervoor kozen hun baby te behouden. Het feit dat abortus buiten de 12 weken termijn in Frankrijk niet is toegestaan speelde daar zeker in mee. De vrouwen ondernamen geen stappen voor een abortus in het buitenland of voor een adoptie. Slechts één vrouw wenste een abortus in het buitenland, en twee anderen ondergingen die wegens een misvormde foetus. De auteur van de studie merkt op dat hun opmerkelijke houding getuigt *'van een **adaptieve psychische bijstelling** in een noodsituatie die hun zwangerschap draaglijk maakte en een eerste stap was in de richting van de aanvaarding ervan. Meestal verloopt het zo. Dan krijgt de **therapeutische begeleiding haar volle betekenis**: zij maakt het mogelijk de ambivalentie waarmee de zwangere vrouw wordt geconfronteerd en de manier waarop zij die verwerkt een plaats te geven.'*⁵³ Wanneer het verzoek tot afbreking wordt geuit en de zwangerschapsontkenning is herkend ontstaat als het ware een *'kortsluiting in het denken'*. Dan is het van groot belang dat de therapeut kan duiden en

52. Nadere uitleg door Dr J-F Legrève in de video Ce gynécologue s'oppose à l'extension de l'IVG jusqu'à 18 semaines. Découvrez pourquoi

53. Chaulet S., Etude retrospective descriptive sur 5 ans réalisée au CHU d'Angers à partir de 75 dossiers de découverte tardive de grossesse, april 2011.

54. Soubieux M-J & Soulé M., L'interruption médicale de grossesse, dans La psychiatrie foetale, Presses universitaires de France, 2005, p. 80.



VIII. HOE ERVAREN ZORGVERLENERS DE FRAGMENTATIEMETHODE ?

In de woorden van het Collège National des Gynécologues Français (CNGOF) blijft zwangerschapsafbreking voor medische redenen ongeacht de gebruikte methoden *'in wezen een brutale ingreep op de foetus en op de moeder. Zorgverleners voelen het tweeslachtig karakter van de ingreep aan. Dit schept onbehagen en legt een zware druk op de zorg en zelfs op de veiligheid'*.⁵⁵ A fortiori mag de psychologische impact van een laattijdige abortus **zonder een medische reden** op de medische beroepsgroep niet worden onderschat.

Volgens David A. Grimes, een vooraanstaand professor in de gynaecologie en verloskunde in de Verenigde Staten die abortussen uitvoert, **'verlegt de D&E-methode de emotionele last van de vrouw naar de arts'**.⁵⁶ Uit studies blijkt dat de fragmentatiemethode met extractie van de foetus een zware belasting is voor de gynaecologen.⁵⁷ De techniek wordt vaak als wreed en zelfs ondraaglijk ervaren. In tegenstelling tot de medicamenteuze abortus, waar de arts

slechts minimaal bij de bevalling is betrokken en zelfs niet altijd erbij aanwezig, krijgt de arts die een fragmentatie uitvoert *'op een intieme en fysieke manier te maken met een tweetrimesterfoetus'*.⁵⁸

Heel wat zorgverleners die bij dergelijke abortussen betrokken zijn, getuigen over het extreem belastende karakter van de praktijk:

- ❖ **Dr Warren Hern** is de oprichter van een abortuskliniek in de Verenigde Staten en heeft vele abortussen met de D&E-methode uitgevoerd. Hij getuigt: *'Het valt niet te ontkennen dat de arts een destructieve handeling stelt. Het gebeurt voor zijn ogen. Het gevoel van het afrukken van de ledematen vloeit als elektrische stroom die via de forceps door zijn lijf gaat'*.⁵⁹ Een enquête onder de zorgverleners die bij de abortussen van deze arts betrokken waren, bevestigt dit: *«Er was duidelijk overeenstemming (onder het zorgpersoneel) over het feit dat een*

55. Mandelbrot L. & Girard G., aangehaald in voetnoot 31, p. 7.

56. Grimes DA, Reproductive Health Matters 2008;16(31 Bijlage):185.

57. Kaltreider NB, Goldsmith S, Margolis AJ., The impact of midtrimester abortion techniques on patients and staff, The American Journal of Obstetrics and Gynecology 1979;135:235 –38; in dezelfde zin: Lalitkumar & al., 2007, Mid-trimester Induced Abortion: A Review, Human Reproduction, update 13: 46; Harris L.H. 2008 Second Trimester Abortion Provision: Breaking the Silence and Changing the Discourse, Reproductive Health Matters 16 :74-81.

58. Rooks JB, Cates W. Emotional impact of D&E vs. instillation, Family Planning Perspectives 1977;9(6):276–77

59. Hern Warren M., M.D., and Corrigan Billie, R.N., What About Us? Staff Reactions to the D&E Procedure, paper presented at the Annual Meeting of the Association of Planned Parenthood Physicians, San Diego, California (October 26, 1978)

zwangerschapsafbreking met de D&E-methode **kwalitatief, medisch en emotioneel anders** was dan een abortus in het vroegste stadium. Vele medewerkers van de abortuskliniek die getuigden, meldten ernstige emotionele reacties die resulteerden in **fysiologische symptomen, slaapstoornissen, weerslag op hun sociale relaties en angstgevoelens**. (...) Voor abortussen in het tweede trimester was de angst voor verwikkelingen groot, de visuele confrontatie met de foetus, en het geweld van de D&E-methode. (...) Velen slaagden er niet in alles rationeel of intellectueel te verwerken.⁶⁰



Echografie van 20 weken amenorroe / 18 weken post-conceptie

- ❖ **Dr George Flesh** is een voormalig abortusarts uit Los Angeles. Hij schrijft: *'Het in stukken trekken van een ontwikkelde foetus, ledemaat na ledemaat, is een perverse daad die maatschappelijk ontoelaatbaar is. Wij kunnen deze ontwaarding van het menselijk leven niet aanvaarden, noch de onverschilligheid die van de zorgverleners wordt verwacht. Het gaat niet om wat de foetus zou kunnen voelen, maar om wat wij zouden moeten voelen bij het zien van een teder, deels gevormd, menselijk leven dat in stukken wordt getrokken.'*⁶¹
- ❖ **Dr Vincent Argent** is een abortusarts die aan de British Pregnancy Advisory Service (BPAS) werkte. Na verloop van tijd kwam hij tot het besluit dat laatijdige abortussen zoveel als mogelijk moeten vermeden worden: *'Het gevoel dat opwelt bij het uit elkaar trekken van delen van het babylichaampje, van afgerukte armpjes en beentjes en tenslotte van het hoofdje, kan ik maar moeilijk beschrijven.'*⁶²

Sommigen vinden dat we dergelijke praktijken af moeten wijzen, willen we de integriteit en de ethiek van het medisch beroep bewaren. Ook rechter A. Kennedy uitte zich in dezelfde zin in zijn dissenting opinion bij het arrest *Stenberg vs. Carhart* van het Amerikaanse Hooggerechtshof: *'Staten hebben er alle belang bij medische procedures te verbieden die volgens hun vaste overtuiging de medische*

*beroepsgroep of de samenleving als geheel ongevoelig zullen maken voor het leven, met inbegrip van het leven in de menselijke foetus, of bij hen een gevoel van minachting teweeg zullen brengen.'*⁶³

- ❖ **Dr Arielle Nuchowicz**, is gynaecologe met een prenatale haptonomiepraktijk in Brussel en was lange tijd hevige voorstander van abortus. Onlangs sprak zij zich uit tegen een verlenging van de termijn naar 18 weken: *'Bij 20 weken is de foetus al volledig gevormd, heeft hij al zijn organen en moet hij, ook al is hij dan nog niet levensvatbaar, alleen maar verder doorgroeien. Het is een baby die al affectiviteit heeft en gevoelig is voor geluid en licht.'*⁶⁴ *'Hij ruikt, voelt, reageert, antwoordt.'*⁶⁵

Deze getuigenissen mogen we horen met het volgende in gedachten: **het wordt steeds moeilijker om artsen te vinden die bereid zijn abortussen uit te voeren**. Het spreekt voor zich dat de verlenging van de wettelijke termijn voor abortus op verzoek tot halverwege de zwangerschap en de psychologische belasting die de fragmentatiemethode met zich meebrengt, de jonge artsen er waarschijnlijk niet toe zullen aanzetten om zich daarvoor in te zetten.

60. Hern, Warren M., M.D., & Corrigan Billie, R.N., What About Us? Staff Reactions to the D&E, 15 *Advances in Planned Parenthood*, 1-8 (1980).

61. Flesh George, M.D., Why I No Longer Do Abortions; Tearing a second-trimester fetus apart simply at a mother's request is depravity that should not be permitted, *Los Angeles Times*, September 12, 1991.

62. Argent Vincent, M.D., 'Why this abortion doctor wants to see time limits reduced to 16 weeks', *The Telegraph*, May 28, 2008.

63. Dissenting opinion van rechter Anthony Kennedy bij het arrest van het Amerikaanse Hooggerechtshof *Stenberg v. Carhart* van 530 U.S. 914 (2000), § 961.

64. Elodie Blogie in *Le Soir* van 15/07/2020, Côté soignants, les arguments des opposants, et les réponses des militants

65. Getuigenis op de website Abortus - Avortement



BESLUIT

Het parlementair initiatief dat de termijn voor abortus van 12 naar 18 weken wil brengen (d.w.z. na meer dan 4 maanden zwangerschap) heeft, eigenlijk voor het eerst in België, een burgerdiscussie over de abortusmethoden op gang gebracht. Het gewelddadige karakter van de fragmentatiemethode bij de verwijdering van de foetus uit de baarmoeder en het besef van de verhoogde risico's van een laattijdige abortus (welke ook de toegepaste methode) hebben tot een sterk verzet geleid tegen die termijnverlenging zowel in de medische wereld als onder de burgers.

Wie goed luistert naar de getuigenissen van zorgverleners die de fragmentatiemethode uitvoeren of eraan meewerken, kan de psychologische belasting van deze methode voor de vrouwen, voor de zorgverleners en voor de ziekenhuizen onmogelijk ontkennen. Ook voor de vrouw is een late zwangerschapsafbreking, zowel lichamelijk als psychologisch, zeer zwaar.

Indien de wetgever de fragmentatiemethode zou verbieden tijdens het tweede trimester van de zwangerschap, zou de medicamenteuze uitdrijving, die momenteel bij medische redenen wordt toegepast, een alternatief kunnen zijn. Bij late zwangerschapsafbreking is deze laatste methode echter bijzonder ongeschikt wanneer de vrouw haar zwangerschap weigert : de medicamenteuze abortus duurt meerdere dagen en leidt tot de bevalling van de foetus. Het zou

ook onredelijk zijn de ziekenhuizen te vragen een paar honderd laattijdige abortussen (waarvoor geen medische redenen bestaan) bijkomend aan te nemen, met de grote beschikbaarheid van personeel en middelen die deze veronderstellen. Bijkomend bestaat het risico dat vrouwen uit andere landen de '*Belgische route*' gaan volgen.

De kosten/baten-afweging van het doorvoeren van een verlenging van de wettelijke termijn voor abortus lijkt duidelijk ongunstig uit te vallen voor zowel de vrouwen als voor onze zorginfrastructuur en het personeel.

Het onderzoek naar het voorkomen van laattijdige abortussen achten wij zeker relevant, vooral wat betreft de volgende aspecten:

- ❖ het benadrukken hoe belangrijk de wettelijke termijn van 12 weken is en waarom een zwangerschapsafbreking binnen die termijn de gezondheid van de vrouw minder belast
- ❖ hoe de voorlichting over de zwangerschap aan vrouwen en koppels kan worden verbeterd
- ❖ hoe de hulpverlening aan zwangere vrouwen beter kan worden opgevolgd.

Een multidisciplinaire opvolging van de zwangerschappen zal aan vrouwen in uiterst kwetsbare situaties meer kansen geven en leiden tot een betere hulpverlening en grotere waardering.⁶⁶ De begeleiding van vrouwen in uiterst moeilijke situaties vereist vooral dat er naar hen wordt geluisterd door een team met een grote praktijkervaring.

66. Zie hierover de tussenkomst van Pr. Luc Roegiers, Les fragilités psychologiques dans l'attente d'un enfant, Colloquium Corps à corps et désaccord: naître parents aujourd'hui, 15 januari 2016.



Europees
Instituut voor
Bio-ethiek

Ideeën die nieuw leven brengen

www.ieb-eib.org/nl