https://boeken.medische-ethiek.nl/category/boeken-on-line/hkme-online/hkme-hfst-ii/
Versie/version: 28 maart 2024

II.2.2 Indirecte abortus

W.J.A. Biemans

Er zijn enkele uitzonderingen van medisch ingrijpen, waarbij er geen sprake is van een opzettelijke abortus (een directe abortus in klassieke terminologie), maar waarbij deze het indirecte gevolg, in de zin van een neveneffect is van een andere, noodzakelijke behandeling (een indirecte abortus). Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer er een acute noodzaak is tot een opereren in de buik van de moeder, zoals na een acute buikvliesontsteking, een maagperforatie en een (blinde) darmperforatie. Het ongeboren kind kan bij een dergelijke operatie gevaar lopen, maar niet opereren zou een nog groter risico met zich meebrengen voor moeder én kind. In een dergelijk geval is het gevaar dat het kind loopt een secundair, onbedoeld effect. Het gaat dan om een indirecte abortus als neveneffect, die kan worden gerechtvaardigd op basis van het principe van de handeling met dubbel effect (vgl. Hoofdstuk I.2.2.6.2.). Een handeling met dubbel effect heeft een beoogd effect, hier het levensbehoud van de moeder, en een niet beoogd, maar willen en wetens toegelaten neveneffect, de dood van de ongeborene.

Van een handeling met dubbel effect kan ook sprake zijn wanneer geopereerd wordt bij constatering van een ectopische zwangerschap. Dit is een zwangerschap waarbij het embryo zich buiten de baarmoeder heeft geïmplanteerd, meestal in de eileider (tubaire zwangerschap), maar ook in de buikholte van de moeder, het ovarium of de baarmoederhals. Zo'n embryo heeft geen of nauwelijks overlevingskans en kan een bedreiging vormen voor de gezondheid van de moeder. In zulke gevallen stelt zich de vraag of medisch ingrijpen met als gevolg de dood van het ongeboren kind kan worden gekwalificeerd als een directe of een indirecte abortus. Hierover bestond in het verleden verschil van mening onder katholieke moraaltheologen. O'Donnell meent dat er bij het wegnemen van (een gedeelte) van de eileider (salpingectomie) waarin zich de foetus heeft genesteld, sprake is van een indirecte abortus: de operatie komt neer op een verwijdering van (een deel van) de eileider met als neveneffect de dood van de foetus. Bij het intact laten van de eileider en het alleen verwijderen van de foetus uit de eileider is volgens hem sprake van een directe abortus [1: T.J. O'Donnell. Medicine and christian morality. 2e, herziene ed. ed., New York Alba House, 1998, 162-167.]. Wel acht hij het mogelijk om van een indirecte abortus te spreken wanneer een incisie wordt aangebracht in de eileider (salpingotomie), waardoor de aangetaste weefsellaag van de eileider samen met de foetus kan worden verwijderd, en later de eileider wordt dichtgehecht in de hoop haar te kunnen behouden.

Ashley, Deblois en O'Rourke (blz 82) achten de heden toegepaste methode aanvaardbaar, waarbij men probeert met methotrexaat de pathologie te behandelen, die wordt veroorzaakt door de innesteling van de bevruchte eicel op een abnormale plaats [2: B.M. Ashley, J.K. de Blois and K. O'Rourke. Health Care Ethics. A Catholic Theological Analysis. 5th ed., Washington D.C. : Georgetown University Press, 2006.]. De methotrexaat kan systematisch worden toegediend door middel van intramusculaire injecties of lokaal worden geïnjecteerd door middel van een transvaginale punctie. Methotrexaat remt de celdeling en daardoor de groei van de trofoblast, dat gedeelte van het embryo dat zorgt voor de innesteling van het embryo en zich later tot de placenta ontwikkelt [3: G.S. Kooi and H.C.L.V. Kock. De behandeling met methotrexaat wegens tubaire graviditeit. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 1987, 131, 51, 2359-2364.]. Het ingroeien van de trofoblast in het slijmvlies van de eileider brengt het risico met zich mee dat bloedvaten scheuren en een levensbedreigende interne bloeding ontstaat bij de moeder. Dit kan zowel de moeder als het kind het leven kosten. De gedachte is dat niet de foetus opzettelijk wordt gedood, maar dat het pathologisch weefsel van de trofoblast dat in het slijmvlies van de eileider binnendringt, wordt gereduceerd, met als neveneffect de dood van de foetus.

Wanneer het gaat om een indirecte abortus zal alles gedaan moeten worden, om zowel het leven van de moeder als het leven van het embryo te redden. Alleen indien vaststaat dat het embryo geen enkele overlevingskans heeft en wanneer tevens het leven van de moeder ernstig wordt bedreigd, is er sprake van een aanvaardbare bespoediging van het levenseinde van het embryo als gevolg van het medisch ingrijpen, bedoeld om het leven van de moeder te beschermen. [4: G. Grisez. Abortion: the Myths, the Realities, and the Arguments. New York: Corpus Books, 1970.]

In sommige gevallen waarbij sprake is van een ectopische zwangerschap kan besloten worden af te wachten tot het embryo op natuurlijke wijze overlijdt. Tenslotte zijn enkele – zeer zeldzame – gevallen bekend, waarbij een embryo overleefde na een zwangerschap in de buikholte en een bevalling met behulp van een keizersnede [5: R. Varma, L. Mascarenhas and D. James. Successful outcome of advanced abdominal pregnancy with exclusive omental insertion. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003/02/26 ed., 2003, 21, 2, 192-194, 10.1002/uog.25; G. Masukume, E. Sengurayi, A. Muchara, E. Mucheni, W. Ndebele and S. Ngwenya. Full-term abdominal extrauterine pregnancy complicated by post-operative ascites with successful outcome: a case report. J Med Case Rep. 2013/01/11 ed., 2013, 7, 10, 10.1186/1752-1947-7-10.]. Bij een dergelijke vorm van ectopische zwangerschap dienen vooraf de overlevingskansen voor het embryo en de risico's voor de moeder zeer zorgvuldig te worden onderzocht en besproken.

II.2.1 Abortus provocatus

W.J.A. Biemans

2.1.1 Definitie van abortus provocatus

In de encycliek 'Evangelium Vitae' uit 1995 (par 58) omschrijft paus Johannes Paulus II abortus provocatus als 'het opzettelijk doden, hoe dit ook wordt uitgevoerd, van een menselijk wezen in de beginfase van zijn of haar bestaan tussen conceptie en geboorte' . De Kerk verzet zich tegen iedere vorm van abortus provocatus, omdat dit indruist tegen het fundamenteel recht op leven van de mens . De traditie van de Kerk heeft er altijd aan vastgehouden dat menselijk leven beschermd en begunstigd moet worden vanaf het begin, net als de verschillende stadia van zijn ontwikkeling. In de loop van de geschiedenis hebben de kerkvaders, pausen en kerkleraren diezelfde leer steeds verkondigd – de verschillende opinies over de geestelijke bezieling van het embryo lieten geen enkele twijfel bestaan over de ongeoorloofdheid van abortus .

In bovenstaande definitie van abortus provocatus moet een drietal zaken nader worden toegelicht. Een deel van alle zwangerschappen, de wetenschappelijke bevindingen lopen uiteen van 15 tot 50 procent, eindigt door een spontane abortus, ook wel miskraam genoemd. Dit is iets anders dan abortus provocatus, want bij een spontane abortus is er geen sprake van opzet.

Op de tweede plaats wordt opgemerkt dat het bij abortus provocatus gaat om een menselijk wezen in de beginfase van zijn of haar bestaan tussen conceptie en geboorte. Dat er vanaf de conceptie sprake is van een menselijk wezen is reeds toegelicht in de vorige paragraaf (Hoofdstuk II.1.). Uit deze definitie blijkt eveneens dat de overtijdbehandeling, dit is een kunstmatige opwekking van de menstruatie tussen de twaalfde en de zestiende dag na het uitblijven van de menstruatie, eveneens een vorm van abortus provocatus is indien de conceptie inderdaad heeft plaatsgevonden.

Een derde kwestie betreft de vraag waar abortus ophoudt en waar infanticide begint. In de Nederlandse Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) wordt de grens gelegd bij 24 weken zwangerschap na amenorroe. Indien er daarna sprake is van het doden van een levensvatbare vrucht, dan is er sprake van infanticide in de zin van het Wetboek van Strafrecht: 'Onder een ander, of een kind bij of kort na de geboorte, van het leven beroven wordt begrepen: het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven.' (art. 82a WvSr).

Echter, 20 weken na de conceptie (ofwel circa 22 weken na amenorroe) is de levensvatbaarheid van de foetus niet uitgesloten, mits men bereid is van alle technieken, die de moderne neonatale geneeskunde ten dienste staan, gebruik te maken. Als men na een abortus, verricht met een techniek waarbij de foetus intact blijft, het medische bijstand onthoudt, dan is de dood in directe zin het gevolg van passieve neonatale infanticide. Wordt het kind rechtstreeks gedood, dan is er sprake van actieve neonatale infanticide. Het is evident dat de grenzen tussen abortus provocatus, actieve en passieve infanticide slechts relatief zijn (zie ook Hoofdstuk IV,3,3).

De Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hebben per 1 februari 2016 een beoordelingscommissie late zwangerschapsafbreking en levensbeëindiging bij pasgeborenen in het leven geroepen . In deze regeling is ten aanzien van late zwangerschapsafbreking, dat wil zeggen abortus provocatus vanaf 24 weken, een onderscheid gemaakt tussen twee categorieën.

Categorie 1 betreft de ongeborene die naar men redelijkerwijs mag verwachten, niet in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven. Daarom valt deze categorie niet onder artikel 82a van het Wetboek van Strafrecht, maar wel onder de werking van artikel 296, vijfde lid WvSr, waarin is bepaald dat zwangerschapsafbreking niet strafbaar is als aan de eisen gesteld in de Wafz is voldaan. Categorie 2 heeft betrekking op die situaties waarin de ongeborene lijdt aan aandoeningen die ernstige en niet te herstellen functiestoornissen tot gevolg hebben, maar naar redelijke verwachting een (vaak beperkte) kans op overleven heeft. Bij het achterwege laten van medische behandeling zal de ongeborene sterven. Toepassing van medische behandeling leidt echter tot levenslang lijden en zou zelfs schadelijk kunnen zijn. Categorie 2 valt wel onder de werking van artikel 82a WvSr en eveneens onder artikel 296 WvSr. Onder omstandigheden kan de arts in dergelijke gevallen een beroep doen op een bijzondere strafuitsluitingsgrond (artikel 296, vijfde lid, Sr) of op overmacht in de zin van noodtoestand (artikel 40 Sr). De noodtoestand bestaat hier uit een conflict van plichten waarvoor de arts zich gesteld ziet; enerzijds moet hij het leven naar vermogen in stand houden, maar anderzijds het lijden naar vermogen verlichten. Beide plichten zouden hier met elkaar in conflict komen. Als de arts die aan zwangerschapsafbreking van de tweede categorie heeft verricht, met succes een beroep op noodtoestand doet, dan wordt hij geacht materieel niet tegen de wet te hebben gehandeld en zal hij niet worden gestraft. Via de gemeentelijk lijkschouwer worden deze gevallen van zwangerschapsafbreking van beide categorieën voorgelegd aan de beoordelingscommissie die ook gevallen van levensbeëindigend handelen bij gehandicapte pasgeborenen beoordeelt. Ook de verdere procedure is dezelfde als die bij actieve levensbeëindiging bij pasgeborenen (vgl. Hoofdstuk VI.2.2.2.).

2.1.2 Besluitvorming en methoden

De besluitvormingsprocedure voor een abortus heeft in Nederland enkele wijzigingen ondergaan als gevolg van politieke beslissingen. De Tweede Kamer heeft in 2022 besloten om de verplichte minimale beraadtermijn van vijf dagen voor een abortus af te schaffen. De Wafz schrijft wel voor dat in een eerste consultatiegesprek alternatieven voor abortus aan de orde dienen te komen. (Art. 5, lid 2a van de Wafz) Daarnaast blijft staan dat

de arts zich ervan dient 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’ (Art. 5, lid 2b van de Wafz).

De meest gebruikte methode voor abortus provocatus tot aan dertien weken zwangerschap is een zuigcurettage, waarbij de baarmoeder leeggezogen wordt. Daarnaast wordt voor abortus tot aan negen weken zwangerschap ook de abortuspil gebruikt. De abortuspil bestaat uit twee doses. De eerste dosis bevat mifepriston en maakt het embryo los van de baarmoederwand. De tweede dosis mifepriston, die 2-72 uur later wordt ingenomen, zorgt voor samentrekkingen van de baarmoeder, hetgeen leidt tot een abortus. Beide methodes, curettage en de abortuspil worden ook gebruikt voor een overtijdbehandeling. In 2022 heeft het Nederlandse Parlement ingestemd met de mogelijkheid dat huisartsen de abortuspil gaan verstrekken. . Zij moeten hiervoor scholing ondergaan en aan de bovengenoemde eisen van de Wafz voldoen. Als zij van deze mogelijkheid geen gebruik wensen te maken, zijn ze verplicht in voorkomende gevallen door te verwijzen.

Een tweede trimesterabortus (tussen dertien en vierentwintig weken zwangerschap) vindt meestal plaats door middel van dilatatie en evacuatie, waarbij de baarmoedermond wordt opgerekt om de foetus instrumenteel te verwijderen. Een andere methode is het medicamenteus opwekken van de bevalling. In 2022 werd van alle abortussen 37% medicamenteus uitgevoerd; 59% betrof een combinatie van een medicamenteuze en een instrumentele behandeling; 4% werd alleen instrumenteel uitgevoerd. Tussen 1990 en 2021 schommelt het totaal aantal abortussen (inclusief overtijdbehandelingen) tussen de ca. 30.000 en 33.500 per jaar. In 2022 werden in Nederlandse klinieken en ziekenhuizen 35.606 abortussen uitgevoerd, het hoogste aantal sinds 1990. .

2.1.3 Doel

In de tweede helft van de afgelopen eeuw is abortus provocatus gelegaliseerd in de meeste Westerse landen. Beslissend voor dit legaliseringsproces waren de argumenten van de abortusbeweging: 1) zelfbeschikking voor de vrouw; 2) het vermijden van clandestiene abortussen en 3) het voorkomen van verdere vrijwillige abortussen door het verstrekken van informatie over contraceptie .

Het eerste argument, zelfbeschikking voor de vrouw, gaat voorbij aan de rechten van het ongeboren kind. Inderdaad betogen diverse auteurs die pleiten voor legale abortus dat een embryo geen persoon is, omdat dit een ontwikkelde capaciteit zou veronderstellen om te redeneren, te willen, te verlangen en relaties te kunnen aangaan met anderen (vgl. Hoofdstuk I, 1.2.1) . In de vorige paragraaf (II.1) hebben we laten zien welke criteria zouden moeten gelden om de status van het embryo te kunnen vaststellen. Het menselijk embryo heeft vanaf het eerste begin de waardigheid die een persoon toekomt, zo stelt de instructie Dignitas Personae . Om deze reden acht de Kerk abortus provocatus moreel onaanvaardbaar.

Voorstanders van legalisering hebben vaak betoogd dat hiermee clandestiene abortussen worden vermeden en dat door voorlichting verdere abortussen kunnen worden voorkomen. Het is weliswaar zo, dat in de Westerse wereld het legaal en kosteloos aanbieden van abortus in klinieken en ziekenhuizen het aantal clandestiene praktijken heeft teruggebracht, maar het totaal aantal abortussen na legalisering is sterk toegenomen. Het abortuscijfer in Nederland, dit is het aantal abortussen per 1.000 vrouwen van 15 tot 44 jaar in Nederland woonachtig, is tussen 1990 en 2022 gestegen van 5,2 tot 9,9. . Ter vergelijking: in de Verenigde Staten is het abortuscijfer tussen 2012 en 2021 met 11% gedaald, al is het nog altijd hoger dan in Nederland: 11,6. Een

mogelijk effect van de beslissing van het Amerikaanse Hooggerechtshof van juni 2022 om het grondwettelijk recht op abortus te beëindigen is hierin nog niet verdisconteerd. Deze beslissing heeft tot gevolg gehad dat in bijna de helft van de staten rechten op abortus zijn teruggedraaid.

De Nederlandse wetgever heeft getracht middels decriminalisering van abortus een zorgvuldig besluitvormingsproces voor vrouwen te garanderen, dat onder meer moet voorkomen dat de vrouw tegen haar wil en onder sociale druk van de partner of de familie besluit om tot abortus over te gaan. Toch is het zeer de vraag of de bestaande abortuspraktijk dit probleem heeft kunnen reduceren. Ruim een kwart van de vrouwen heeft voorafgaand aan de abortus te maken met een hoge mate van twijfel over het afbreken van de zwangerschap Bovendien gaf de eerste evaluatie van de Wafz aan dat meer dan de helft van de vrouwen hun twijfels niet merken in de kliniek of het ziekenhuis .

Uit recent Amerikaans retrospectief onderzoek komt naar voren dat van de vrouwen met een abortusverleden, 61% een hoge mate van druk heeft ervaren op minstens één van de volgende wijzen: druk van de mannelijke partner, van een of meer familieleden, van iemand anders, vanwege financiële omstandigheden of vanwege andere omstandigheden. Met name druk van de mannelijke partner of van een of meer familieleden wordt geassocieerd met een significante, zelf-gepercipieerde afname in de mentale gezondheidstoestand. Dit percentage van 61% is aanzienlijk hoger dan de percentages gevonden in een eerdere metastudie naar reproductieve druk, waarbij slechts 0,1% – 4% van de ondervraagden aangaf druk van de partner te hebben ervaren om een abortus uit te voeren of uit te laten voeren. Het verschil in deze onderzoeksresultaten zit hem waarschijnlijk onder meer in de methode van de vraagstelling en in het feit dat Reardon en Longbons hebben gevraagd naar meerdere wijzen van ervaren druk om tot abortus over te gaan.

2.1.4 Welke argumenten spelen een rol bij abortus provocatus?

Tijdens consultatiegesprekken in abortusklinieken of ziekenhuizen is het gebruikelijk dat de redenen worden besproken waarom vrouwen, al dan niet in overleg met hun partner, willen overgaan tot abortus provocatus. In deze paragraaf wordt een onderscheid gemaakt tussen 1) abortus na een sociale indicatie, 2) na een psychiatrische indicatie, 3) abortus na prenatale diagnostiek en 4) embryoreductie na in-vitrofertilisatie.

1. Gevers, Visser e.a. hebben laten zien dat een groot aantal redenen die vrouwen opgeven voor hun abortusverzoek van sociale, psychologische en zelfs financiële aard zijn. Vaak is er sprake van een combinatie van redenen. Nog al eens liggen problemen in de relationele sfeer ten grondslag aan het abortusverzoek. Vrouwen geven aan dat hun relatie van te korte duur is, of reeds is verbroken, of dat er geen sprake is van een huwelijk, of dat hun partner geen kinderen wil. Andere veelgenoemde sociale redenen die vrouwen noemen, liggen op het vlak van hun loopbaan of studie, of op financieel of materieel vlak (o.a. de grootte van het huis). Als redenen van meer psychologische aard noemen zij onder meer dat er geen kinderwens is, dat zij zich als te jong beschouwen, dat er psychologische problemen zijn of dat zij zeggen geen energie te hebben .

Toch blijkt uit onderzoek dat ondanks de wettelijke verplichting in veel gevallen alternatieven voor abortus, zoals afstand doen ter adoptie of pleegzorg, niet worden besproken. In het kader van de tweede evaluatie van de Wafz werd aan 102 huisartsen gevraagd of zij alternatieven met de vrouw bespreken. 28% geeft aan dit altijd te doen, 22% meestal, 23% soms, 15% zelden en 13% nooit. Bij abortusartsen en gynaecologen werkzaam in abortusklinieken (n = 19) worden alternatieven nog minder vaak besproken. Zijp-Zuidema e.a. (2007) concluderen dat de zorgverlening van de huisarts rond abortus provocatus aanmerkelijk zou verbeteren

wanneer een consult over abortus (meer) het karakter zou krijgen van een overleg, waarin de mogelijke alternatieven voor en gevolgen van abortus aan bod komen. Om een voorbeeld te geven van wat bereikt kan worden door hulpverlening: uit gegevens van de Italiaanse pro-lifebeweging blijkt dat van circa 135.000 zwangere vrouwen die tussen 1997 en 2016 gebruik hebben gemaakt van de hulpverlening uit de Centri di aiuto alla vita, in bijna alle gevallen het kind nadien bij de moeder kon blijven. Bij circa 600 kinderen werd gekozen voor een pleeggezin of adoptie. .

Een ander, wezenlijk aspect dat in een consultatiegesprek in abortusklinieken en ziekenhuizen aan de orde zou moeten komen, is de aard van de ingreep. Is de vrouw zich ervan bewust dat het bij abortus gaat om het doden van een levend, menselijk wezen, haar eigen kind? Is zij zich bewust van de mogelijke negatieve fysieke en psychologische gevolgen voor haarzelf? Is er, met andere woorden, sprake van informed consent (zie ook Hoofdstuk IV, 1.1)? Artsen, verpleegkundigen en maatschappelijk werkers hebben een zware verantwoordelijkheid, zowel voor het beginnende leven als ook voor de psychologische en fysieke gezondheid van de vrouw.

2. Het komt tevens voor dat een abortus wordt uitgevoerd na een psychiatrische indicatie, bijvoorbeeld ter voorkoming van een kraambedpsychose. Een groot probleem van een dergelijke indicatie is dat men niet van tevoren kan vaststellen dat een psychose zich inderdaad zal voordoen. In alle gevallen waarbij sprake is van (dreigende) psychologische problemen is de arts of verpleegkundige die het consultatiegesprek voert, wettelijk verplicht om vast te stellen dat er geen sprake is van druk van derden om tot abortus over te gaan (Wafz, art. 5 par. 2b). Een overhaaste beslissing om tot abortus over te gaan, kan leiden tot ernstige mentale gezondheidsproblemen bij meisjes en vrouwen. Recent onderzoek geeft enkele tragische verhalen van meiden die een verminderde eigenwaarde en (seksuele) weerbaarheid kennen, als gevolg van een thuissituatie die gekenmerkt wordt door conflicten, scheidingen, geweld, verslavingen en psychische problematiek van de ouders. Na een abortus kan hun zwijgen over de ingreep en hun eenzaamheid hierin een goede psychische verwerking belemmeren.

3. Een geheel andere problematiek, die tegenwoordig steeds vaker voorkomt als gevolg van de voortschrijdende medische technologie, is dat zwangere vrouwen overgaan tot abortus na prenatale diagnostiek (voor prenatale diagnostiek in het algemeen, zie Hoofdstuk II.4). Vaak gebeurt dit wanneer er sprake is van een geconstateerde handicap bij het kind. Natuurlijk is het te begrijpen dat ouders zich voor een ernstige moeilijkheid gesteld weten na een dergelijke diagnose. Het uitdragen van de zwangerschap betekent dat hun leven een ingrijpende verandering zal ondergaan, dat mogelijk het kind en daarmee ook de ouders veel zullen lijden. Toch neemt dit niet weg, dat ieder mens, of het nu gezond is of gehandicapt, een recht op leven heeft. Er wordt wel beweerd, dat een gehandicapte persoon een last is voor anderen, in het bijzonder voor de ouders, of een last voor de sociale voorzieningen. Maar het zou van discriminatie getuigen wanneer men de waardigheid van een gehandicapt persoon als minder zou beoordelen dan de waardigheid van een gezond persoon. ‘De introductie van discriminatie met betrekking tot menselijke waardigheid gebaseerd op biologische, psychologische of intellectuele ontwikkeling, of gebaseerd op gezondheidscriteria, dient te worden uitgesloten.’ .

4. Een bijzondere vorm van abortus tenslotte is de praktijk van embryoreductie, waarbij kunstmatig ingebrachte embryo’s (na in-vitrofertilisatie) in de moederschoot worden vernietigd om meerlingzwangerschappen te voorkomen. De beslissing menselijke levens te liquideren, terwijl juist een menselijk leven op de eerste plaats gewenst was, houdt een tegenstelling in die dikwijls gedurende vele jaren lijden en schuldgevoelens tot gevolg heeft (zie ook Hoofdstuk III.3).

2.1.5 Ethische beoordeling

Ondanks alle redenen om tot abortus over te gaan, die in de vorige paragraaf zijn genoemd, kunnen we niet anders dan concluderen dat bij een dergelijke beslissing een wezenlijk feit wordt veronachtzaamd: het kind ís er al. Het kan zich niet uiten, het heeft geen verweer, maar het kind leeft en ontwikkelt zich van dag tot dag.

In paragraaf 1 van dit hoofdstuk toonden we reeds aan dat het menselijk embryo als een persoon gerespecteerd en behandeld dient te worden vanaf het moment van de conceptie. Johannes Paulus II geeft daarnaast als belangrijk argument voor het absoluut afkeuren van abortus provocatus de onschuld van het ongeboren kind. ‘Op geen enkele wijze zou men dit menselijk wezen ooit kunnen beschouwen als een agressor, veel minder nog als een onrechtvaardige agressor! Het is zwak, weerloos, zozeer dat het zelfs dat minimum aan verdediging niet heeft dat de smekende kracht van het schreien en van de tranen van een pasgeboren baby vormt…Zeker, de beslissing om een abortus te ondergaan is vaak tragisch en pijnlijk voor de moeder, wanneer de beslissing om zich te ontdoen van de vrucht van de conceptie niet gemaakt wordt om puur egoïstische redenen of uit gemakzucht, maar vanuit de wens om bepaalde belangrijke waarden te beschermen zoals haar eigen gezondheid of een fatsoenlijke levensstandaard voor de andere gezinsleden. Soms vreest men dat het ongeboren kind zodanige levensomstandigheden te wachten staan dat het beter zou zijn als de geboorte niet plaatsvond. Niettemin kunnen deze en soortgelijke redenen, hoe ernstig en tragisch ook, het opzettelijk doden van een onschuldig menselijk wezen nooit rechtvaardigen’ (vgl. Hoofdstuk I.2.2.2).

De encycliek Veritatis splendor karakteriseert abortus provocatus als een ‘intrinsiek slechte handeling’, dit wil zeggen een handeling die te allen tijde en op zichzelf verkeerd is, op grond van hun object en onafhankelijk van de uiteindelijke intenties van de handelende persoon en van de omstandigheden. Voor dergelijke handelingen kan dus het proportionaliteitsbeginsel niet worden toegepast (vgl. Hoofdstuk I.1.2.2; zie ook VI.3.2.1).

Om deze reden moet de werker in de gezondheidszorg op een fatsoenlijke, maar besliste wijze weigeren gevolg te geven aan een wet die abortus begunstigt (Johannes Paulus II 1980, 194). Hierbij is het zeer behulpzaam een onderscheid te maken tussen formele en materiële medewerking en tussen directe en indirecte medewerking (vgl. Hoofdstuk I.2.2.6.3). Overigens stelt artikel 20 van de Wafz dat niemand verplicht is een vrouw een behandeling te geven, gericht op het afbreken van zwangerschap, danwel daaraan medewerking te verlenen. Een arts zal de vrouw direct hiervan in kennis dienen te stellen en desgewenst moeten doorverwijzen (par. 2 en 3 van art. 20 Wafz).

Een bijzondere verantwoordelijkheid in deze problematiek ligt bij politici. Op grond van de katholieke beginselen zouden zij niet mee moeten werken aan campagnes ten gunste van wetgeving die abortus legaliseert of voor dergelijke wetgeving stemmen . Zij kunnen daarentegen wel geoorloofd voorstellen ondersteunen die erop zijn gericht de schade van abortuswetgeving te beperken en de negatieve consequenties te verminderen op het niveau van de publieke opinie en moraal .

Binnen het kerkelijk recht is op grond van canon 1398 de sanctie van excommunicatie van rechtswege vastgesteld voor diegene die vruchtafdrijving bewerkt met daadwerkelijk gevolg. Van rechtswege (latae sententiae) wil zeggen dat het niet noodzakelijk is dat deze sanctie door de bevoegde instantie in elk afzonderlijk geval wordt uitgesproken. In het sacrament van boete en verzoening kan deze sanctie met toestemming van het bevoegd gezag worden opgeheven . In 2015, bij het begin van het Jaar van Barmhartigheid, heeft paus Franciscus aan alle priesters de bevoegdheid verleend om ‘de zonde van abortus te absolveren bij al diegenen die dit hebben laten verrichten en die met een berouwvol hart vergeving hiervoor zoeken.’ Een jaar later heeft de paus deze bevoegdheid voor onbepaalde tijd verlengd.

2.1.6 De effecten van abortus op de mentale gezondheid van vrouwen

Een Nederlandse studie naar de effecten van abortus op de mentale gezondheid van vrouwen stelt dat 'de algemene consensus in internationaal onderzoek lijkt dus te zijn dat een abortus op zichzelf niet tot een significant hoger risico op psychische aandoeningen leidt.' Volgens Van Ditzhuijzen e.a. vormen eerdere psychische aandoeningen een risicofactor voor de mentale gezondheid na abortus.

Een beperking van deze studie is dat vrouwen die abortus ondergaan na een gewenste zwangerschap, zoals bijvoorbeeld na de ontdekking van een afwijking bij prenatale diagnostiek, niet in de onderzoeksgroep zijn meegenomen. In deze paragraaf worden de resultaten van een aantal internationale studies gepresenteerd die haaks staan op de conclusie van dit Nederlandse onderzoek.

Om uit te sluiten dat eerdere psychische aandoeningen een rol spelen bij de meting van de effecten van abortus op de mentale gezondheid van vrouwen, hebben Jacob e.a. in hun Duits retrospectief onderzoek vrouwen met een psychiatrische voorgeschiedenis uit hun onderzoeksgroep en controlegroep gehaald. Zij concluderen dat er een positief verband bestaat tussen abortus en depressie (hazardratio (HR) = 1.34; 95% CI 1.11 – 1.64), tussen abortus en aanpassingsstoornis (HR = 1.45; 95% CI 1.19 – 1.76) en tussen abortus en somatische symptoomstoornis (HR = 1.56; 95% CI 1.38 – 1.76).

Recent Amerikaans onderzoek heeft gekeken naar mentale gezondheidsproblemen gedurende de hele reproductieve periode van vrouwen. Zij concluderen dat vrouwen bij wie de eerste zwangerschap eindigt in abortus, een significant hoger risico lopen om mentale gezondheidsproblemen te ervaren tijdens hun reproductieve periode dan vrouwen bij wie de eerste zwangerschap eindigt in geboorte. Dit geldt zowel voor poliklinische bezoeken (relatief risico (RR) = 2.10; 95% betrouwbaarheidsinterval (BI) 2.08 – 2.12 en odds ratio (OR) = 3.36; 95% BI 3.29 – 3.42), opname in een ggz-instelling (RR = 2.75; 95% BI 2.38 – 3.18 en OR = 5.67; 95% BI = 4.39 – 7.32) als de duur van de opname in een ggz-instelling (RR = 7.38; 95% BI 6.83 – 7.97 en OR = 19.64, 95% BI 17.70–21.78). Opvallend bij dit onderzoek is dat gemeten werd dat vrouwen bij wie hun eerste zwangerschap eindigde in geboorte, voorafgaand aan deze geboorte vaker een beroep hadden gedaan op geestelijke gezondheidszorg dan vrouwen bij wie hun eerste zwangerschap eindigde in abortus. Dit is in tegenstelling met onderzoek van Van Ditzhuijzen e.a., die stellen dat vrouwen met een geschiedenis van psychische aandoeningen een verhoogd risico lijken te hebben op het meemaken van abortus, in plaats van andersom.

Ander internationaal onderzoek wijst erop, dat de keuze voor abortus gepaard gaat met een hogere score op angst, stress en depressie bij een volgende zwangerschap. Een Amerikaanse longitudinale studie toont aan dat geboorte is geassocieerd met een geringe vermindering van het aantal mentale stoornissen, maar abortus is daarentegen geassocieerd met een verhoogd risico op een mentale stoornis (OR = 1.45; 95% CI 1.30 – 1.62; $p < 0{,}001$). Deze studie controleerde op een 20-tal covarianten, waaronder depressie, angststoornis en neuroses vanaf 15 jaar. Een Finse studie concludeert bovendien dat vrouwen die een abortus hebben ondergaan, een tweemaal zo hoog risico op zelfmoord vertonen. Deze drie laatstgenoemde onderzoeken scoren hoger op evaluatiecriteria dan drie studies die geen significante relatie laten zien tussen abortus en mentale gezondheid, waaronder de studie van Van Ditzhuijzen e.a., vanwege o.a. de grotere onderzoekspopulaties en de hogere percentages van instemming tot deelname aan het onderzoek. .

Tenslotte heeft Sullins specifiek onderzoek verricht naar de mentale gevolgen van abortus na een gewenste zwangerschap. Amerikaanse vrouwen die een of meer gewenste zwangerschappen beëindigden, hadden een 43% hoger risico op affectieve problemen ten opzichte van geboorte RR = 1,69; 95% BI 1,3-2,2), in vergelijking tot vrouwen die een of meer ongewenste zwangerschappen beëindigden (RR = 1,18; 95% BI 1,0-1,4). De risico's

op depressie (RR = 2,22; 95% BI 1,3-3,8) en suïcidale ideatie (RR = 3,44; 95% BI 1,5-7,7) waren in het bijzonder verhoogd bij abortus na gewenste zwangerschap. Overmatig middelengebruik (van alcohol, opioïden, marihuana of andere drugs) was twee keer zo hoog voor vrouwen na een abortus en dit werd niet beïnvloed door de intentie van de zwangerschap. Sullins concludeert dan ook dat het uitsluiten van gewenste zwangerschappen leidt tot een sterke onderschatting van het risico op mentale gezondheidsproblemen voor vrouwen na abortus.

II.2 Abortus

W.J.A. Biemans

2.1 Abortus provocatus

2.1.1 Definitie van abortus provocatus
2.1.2 Besluitvorming en methoden
2.1.3 Doel
2.1.4 Welke argumenten spelen een rol bij abortus provocatus?
2.1.5 Ethische beoordeling
2.1.6 De effecten van abortus op de mentale gezondheid van vrouwen

2.2 Indirecte abortus

De links naar de beschikbare hoofdstukken en paragrafen zijn zichtbaar in het menu in de linker zijbalk.

II. Medische verantwoordelijkheid voor het zich ontwikkelend menselijk leven

W.J.A. Biemans

1. De status van het menselijke embryo – *W.J. Eijk*
2. Abortus provocatus – *W.J.A. Biemans*
3. Pre-implantatiediagnostiek en embryoselectie – *F.J. van Ittersum*
4. Prenatale diagnostiek – *W.J. Eijk*
5. Experimenten met embryo's en foetussen – *F.J. van Ittersum*