

De **toegang** tot *abortuszorg* in België



TOEGANG TOT TIJDIGE EN KWALITEITSVOLLE ABORTUSZORG VORMT EEN ESSENTIEEL ONDERDEEL VAN REPRODUCTIEVE GEZONDHEID. IN BELGIË WORDT DE ABORTUSZORG HELAAS VAAK VERTRAAGD OF BELEMMERD DOOR WETTELIJKE EN PROCEDURELE EISEN. HOE PROBLEMATISCH IS DAT?

tekst ANNA WALLAYS

beeld ADOBE STOCK

IN EEN TIJDIGE EN KWALITEITSVOLLE abortuszorg staat reproductieve autonomie centraal: het vermogen van individuen om zelfstandig beslissingen te nemen over hun lichaam en hun vruchtbaarheid. Deze autonomie draait om de mogelijkheid om eigen keuzes te maken rond relaties, seksualiteit en gezinsplanning zonder druk, belemmering of stigmatisering. Het waarborgen ervan zorgt bijvoorbeeld voor minder onveilig seksueel contact en verkleint het risico op een →

ongepande zwangerschap. Reproductieve autonomie is bijgevolg geen abstract ideaal, maar een sleutel tot gezondere levens en zelfbeschikking.

Toch wordt de toegang tot abortuszorg vaak vertraagd of belemmerd door wettelijke en procedurele vereisten. Een van de meest voorkomende wettelijke mechanismen is het opleggen van een verplichte wachttijd, een opgelegde periode tussen het intakegesprek en de abortusbehandeling. In België geldt sinds de abortuswet van 1990 een verplichte wachttijd van zes dagen. De maatregel wordt verantwoord als een 'bedenktijd' die vrouwen moet ondersteunen bij het nemen van een weloverwogen beslissing. Internationale literatuur toont echter aan dat dergelijke wachttijden weinig bijdragen aan de kwaliteit van besluitvorming en voornamelijk vertragingen, stress en logistieke drempels veroorzaken.

In België groeit de roep om de verplichte wachttijd af te schaffen. Die werd in 2023 kracht bijgezet door het advies van een onafhankelijke commissie van deskundigen, aangesteld door de federale regering. Toch geldt de verplichte zesdaagse wachttijd vandaag nog.

We onderzochten hoe bestaande internationale kritiek op verplichte wachttijden zich vertaalt naar de Belgische context. Met een *mixed-methods*-onderzoeksopzet, bestaande uit een vragenlijst bij 469 vrouwen en kwalitatieve interviews met 29 vrouwen, brengen we in kaart hoe vrouwen de wachttijd ervaren en hoe deze zich verhoudt ten opzichte van hun beslissingsproces, steeds in relatie tot hun reproductieve autonomie.

STIGMATISEREND

Uit ons onderzoek blijkt dat de beslissingsmoeilijkheid sterk varieert. Voor sommigen is de keuze geen zware afweging, zoals voor Hazel: *"Voor mij was die wachttijd alleen maar vervelend omdat ik al wist wat we gingen doen. Ik was niet van plan om nog van gedachten te veranderen; het was ook niet emotioneel. (...) Nee, de zwangerschap was ongeuenst, ongepland (...) ik wist rationeel wat de beste beslissing was, dus voor mij was dat niet nodig."* Anderen hebben tijd en ondersteuning nodig om tot een beslissing te komen, zoals Charlie: *"Ik was nog niet zeker bij de intake, dus gaven ze me de opdracht om drie dagen te doen alsof ik de baby zou houden en drie dagen het te genovergestelde om te zien wat voor gevoel*

dat gaf. Dat waren allemaal heel goeie tips."

Heel wat vrouwen die de beslissing als zwaar ervaren, geven echter aan dat dit niet voortkomt uit twijfel over de keuze zelf, maar uit de maatschappelijke voorstelling van abortus als een sterk beladen en negatieve keuze. Het idee dat dit steeds een loodzware keuze is wordt door veel vrouwen geïnternaliseerd, wat leidt tot gevoelens van schuld en schaamte. Dit komt ook tot uiting bij Esmée: *"Ik denk niet dat het slecht is dat [de wachttijd] er is. Ik kan me inbeelden, ook bij jonge meisjes, dat als er druk is van ouders en zo, dat is anders. Maar voor mij, de bedenktijd, is al de tijd dat je de zwangerschapstest doet, je begint al te denken."*

“Voor mij was die wachttijd alleen maar vervelend omdat ik al wist wat we gingen doen.”

In ons onderzoek wordt dikwijls aangegeven dat de wachttijd wel nuttig kan zijn voor anderen, vaak jongere of sociaal kwetsbare vrouwen. Dit toont aan hoe stigma wordt gereproduceerd. Door zichzelf te positioneren als rationele beslissers, wordt onbedoeld een categorie van 'anderen' gecreëerd die bescherming nodig zou moeten hebben. Op deze manier wordt het eigen recht op autonomie gelegitimeerd door afstand te nemen van een denkbeeldige groep die 'bescherming nodig heeft'.

Dit versterkt de redenering dat vrouwen niet volledig in staat zijn om zelf doordachte reproductieve beslissingen te nemen. De verplichte wachttijd verankert dit stigma bovendien expliciet in de wetgeving. De maatregel wordt dan ook vaak omschreven als betuttelend, waarbij uitstel ingezet wordt als een vorm van morele controle over de toegang tot zorg.

BESLISSINGSZEKERHEID

Onder onze respondenten is de beslissingszekerheid opvallend hoog: 88,4% is volledig zeker tot zeker van de keuze op het moment van de intake. Slechts 4,8% twijfelt sterk. Ophelia vertelt hier het volgende over: *"Ik denk niet dat je zomaar naar een abortuskliniek gaat. (...) Het is een beetje hysterisch om te denken dat vrouwen die beslissing niet kunnen nemen en dat ze een week nodig hebben om erover na te denken. Tegen de tijd dat je die stap zet, heb je er al over nagedacht. Dan heb je het intakegesprek gehad, waarin je er nog eens over kunt nadenken, en heb je alle informatie gekregen. Ik denk niet dat die week enig verschil maakt."*

Veel vrouwen geven aan dat ze al lang voor de intake hebben nagedacht over hun beslissing. Ze hielden gesprekken met partners of vertrouwenspersonen, verzamelden informatie en raadpleegden andere zorgverleners. De beslissing om een zwangerschap af te breken wordt vaak als emotioneel zwaar omschreven, toch ondermijnt deze complexiteit de beslissingszekerheid niet. Hoewel de verplichte wachttijd gericht lijkt op het waarborgen van de reproductieve autonomie, bevestigt deze in de praktijk het wantrouwen tegenover het individuele beslissingsvermogen van vrouwen.

Slechts enkele vrouwen geven aan dat ze de wachttijd daadwerkelijk gebruiken om tot een vaste keuze te komen. Door de meerderheid (die de beslissing al eerder heeft genomen), wordt de wachttijd ervaren als onnodig en belastend. In deze periode treedt de fysieke belasting van de zwangerschap door toenemende symptomen zoals misselijkheid en vermoeidheid sterk op de voorgrond. Evenzeer zorgt de emotionele belasting van het ongewild zwanger zijn voor stress en machteloosheid. Verder is er ook de sociale kost. Vrouwen moesten soms (ongewild) meer mensen inlichten over hun situatie en de dagelijkse sociale verwachtingen zoals werk, studies en zorgplicht bleven onverminderd. Enkele vrouwen beschrijven het alsof hun leven 'op pauze' stond, terwijl de wereld rondom hen verder draaide.

Bovendien benadrukken veel vrouwen een duidelijke angst voor toenemende hechting. Door de verlenging van de tijd tot aan de behandeling wordt gevreesd dat zwangerschapssymptomen zullen verergeren of dat ze emotioneel meer verbonden



zullen raken met de zwangerschap. Voor wie al zeker was van de beslissing, werkt de wachttijd om die reden juist contraproductief en leidt deze in bepaalde gevallen tot hernieuwde twijfel. Zo vertelt Marie: *“Als je de beslissing in je hoofd hebt genomen en je er zeker van bent, dan duurt het echt ontzettend lang, want elke dag dat het in je buik zit, is weer een dag dat je weet: ‘Oké, er zit iets in mijn buik waar ik afscheid van moet nemen.’ (...) in plaats van gewoon duidelijk te kunnen zeggen: ‘Kijk, dit is wat er aan de hand is. Ik weet zeker dat het voor mij niet gaat werken.’ (...) Wat dat betreft was die tijd echt verschrikkelijk lang, en ik begrijp dat zes dagen op papier niet zo lang klinken.”* Deze ervaringen illustreren dat een maatregel die bedoeld is om vrouwen te beschermen in werkelijkheid leidt tot ongelijk verdeelde kosten.

ARBITRAIR

In de praktijk duurt de wachttijd gemiddeld 8,2 dagen, aanzienlijk langer dan de wettelijke zes dagen. Dit heeft verschillende oorzaken. Aan de kant van de abortuscentra worden er niet elke dag behandelingen uitgevoerd en zijn de centra gesloten in het weekend. Medicamenteuze abortusbehandelingen worden niet gestart op vrijdag, omdat opvolging in het weekend ontbreekt. Ook feestdagen leiden vaak tot extra vertraging.

Aan de kant van de cliënt wordt tijdens de intake niet altijd een behandeling ingepland. Verder sluit de eerst beschikbare datum niet altijd aan bij de mogelijkheden van de cliënt. Deze structurele factoren leiden vaak tot een verlenging van het traject tot aan de behandeling, terwijl een zwangerschapsafbreking in een zo vroeg mogelijk stadium minder invasief is en een lager risico op complicaties vormt.

In België kunnen vrouwen kiezen tussen twee vormen van abortusbehandeling. Een vacuümaspiratie, uitgevoerd onder lokale verdoving in het abortuscentrum. Of een medicamenteuze behandeling, waarbij via medicatie een zwangerschapsafbreking wordt opgewekt. Deze behandeling vindt thuis plaats en is slechts mogelijk tot negen weken zwangerschap, gerekend vanaf de eerste dag van de laatste menstruatie. Zodra deze termijn is verstreken, kan er enkel nog een abortus uitgevoerd worden door middel van een vacuümaspiratie.

Uitstel als gevolg van de wachttijd kan zorgen voor het verstrijken van de termijn voor medicamenteuze abortus. Hoewel de wetswijziging van 2018 bepaalt dat de wachttijd mag worden meegeteld binnen de wettelijke grens van veertien weken, waardoor de wettelijke termijn voor abortus op verzoek niet meer wordt overschreden door de wachttijd, ontnemt de wachttijd wel nog steeds vrouwen de keuze

“Tegen de tijd dat je die stap zet, heb je er al over nagedacht.”



ANNA WALLAYS IS

DOCTORAATSONDERZOEKER IN DE GEZONDHEIDSSOCIOLOGIE AAN HET CENTRUM VOOR DEMOGRAFIE, FAMILIE EN GEZONDHEID VAN DE UNIVERSITEIT ANTWERPEN.

tussen beide behandelopties. Dit ondermijnt het principe van patiëntgerichte zorg, waarin autonomie en keuzevrijheid centraal staan.

De zesdaagse wachttijd kan worden gepercipieerd als een arbitraire maatregel, een soort *one-size-fits-all*-oplossing, zoals ook door Alice: *“Ik bedoel, de zes dagen (...) ik denk dat het gewoon nutteloos is omdat je niet kunt... Het punt is dat je niet kunt kwantificeren hoe lang een vrouw nodig heeft om een beslissing te nemen of van gedachten te veranderen. Maar door wetten te maken die je op iedereen moet toepassen (...) creëer je een ongelijke samenleving omdat niet iedereen in dezelfde situatie zit.”* Bij de willekeurigheid van de zes dagen, alsook bij de eenduidigheid en controleerbaarheid ervan, kunnen kortom duidelijke vraagtekens worden geplaatst.

BETER ALTERNATIEF

Deze studie toont aan dat de Belgische verplichting van een zesdaagse wachttijd tussen de intake en de abortusbehandeling niet bijdraagt aan duurzame besluitvorming. De overgrote meerderheid van de vrouwen maakt de keuze al ruim vóór de intake. In de praktijk levert de wachttijd vooral extra fysieke, emotionele en sociale belasting op. Bovendien vallen er door de wachttijd behandelopties weg en zorgt deze voor vertragingen, die haaks staan op de principes van patiëntgerichte zorg.

Op deze manier ondermijnt de wachttijd de reproductieve autonomie van vrouwen en houdt deze weinig rekening met hoe beslissingen in werkelijkheid tot stand komen. De wachttijd wordt omschreven als rigide en arbitrair. In het licht van internationaal onderzoek lijkt een flexibele, optionele bedenktijd, afgestemd op individuele noden, een beter alternatief. Zo'n benadering voorkomt onnodige vertragingen, sluit beter aan bij individuele behoeften en respecteert de autonomie van vrouwen. ✕

Sociologie

MAGAZINE



abonnement.sociologiemagazine.nl/

Kijk op de website voor ons actie-abonnement !!

 www.linkedin.com/company/sociologie-magazine