



ABORTUS IN VLAANDEREN: GELIJKE WENS, ONGELIJKE KANS

Een kwalitatief onderzoek naar de impact van het huidige en toekomstige abortusbeleid in Vlaanderen op vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroepen

Aantal woorden: 23.983

ANN-SOPHIE DONDEYNE

Studentennummer: 02105346

Promotor: Prof. Dr. Pieter Cannoot

Masterproef voorgelegd tot het behalen van de graad van Master in Gender en Diversiteit

Academiejaar 2022-2023, ingediend op 30 mei 2023

Klassieke masterproef

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. In 27 publicaties mag naar dit werk worden gerefereerd, mits schriftelijke toelating van de promotor(en) die met naam op de titelpagina is vermeld.

Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	3
Voorwoord	9
Abstract	10
1. Inleiding tot het onderzoek	11
1.1 Probleemstelling	11
1.2 Maatschappelijke belangen	12
1.2.1 Toegang tot abortus als instrument voor emancipatie.....	12
1.2.2 De rol van mentale gezondheid	12
1.2.3 Fysieke integriteit en zelfbeschikking	13
1.2.4 Maatschappelijk belang	13
1.3 Afbakening van het onderzoek.....	13
1.3.1 Doel van het onderzoek.....	13
1.3.2 Doelgroep van het onderzoek.....	14
1.3.3 Onderzoeksvraag	15
2. Methode van het onderzoek	16
2.1 Aard van het onderzoek.....	16
2.2 Onderzoekspopulatie of sampling	16
2.3 Proces van dataverzameling	18
2.4 Data-analyse	19
2.5 Kwaliteit van de data.....	19
2.5.1 Getroffen maatregelen.....	19
2.5.2 Ethisch onderzoek met betrekking tot de interviews.....	20
2.5.3 Reflexiviteit van de onderzoeker.....	20
3. Algemeen kader	21
3.1 Begrippen	21
3.1.1 Definitie van abortus	21
3.1.2 Definities ongewenste en onverwachte zwangerschap	21
3.1.3 Definitie zwangerschapsduur	21
3.2 Abortus en abortuscijfers in België	22
3.3 Wetenschappelijk kader	22
3.4 Wettelijk kader	23
3.4.1 Erkenning van het recht op abortus	23

3.4.1.1 Internationaal recht.....	23
3.4.1.1.1 Verenigde Naties	23
3.4.1.1.2 Raad van Europa: Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens.....	24
3.4.1.1.3 Europese Unie: Ministerraad.....	24
3.4.1.2 Nationaal recht	25
3.4.1.2.1 Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 1990	25
3.4.1.2.1.1 Geschiedenis en ratio legis	25
3.4.1.2.1.2 Voorwaarden en procedure.....	25
3.4.1.2.2 Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 2018	27
3.4.1.2.2.1 De wijzigingen.....	27
3.4.1.2.2.2 Kritiek.....	28
3.4.1.2.3 Wetsvoorstellen en recente evoluties	28
3.4.2 Bescherming van de foetus	29
3.4.2.1 Het internationaal recht op leven (en andere belangen foetus)	29
3.4.2.2 Grondwet.....	30
3.4.2.3 Statuut van de foetus	30
3.4.2.4 Strafrecht	30
4. Problemen binnen het huidig abortussysteem tegenover vrouwen van een etnisch- culturele minderheidsgroep.....	31
4.1 Inleiding	31
4.1.1 Recht op abortus in vergelijking met feitelijke toegang tot abortus.....	31
4.1.2 Toegang tot abortus in vergelijking met algemene toegang tot gezondheidszorg ..	31
4.1.3 De factoren in kaart	31
4.2 Individuele context	32
4.2.1 Invloed van cultuur of religie: stigma	32
4.2.1.1 Algemene stigma's abortus	32
4.2.1.2 Stigma als een gevolg van cultuur.....	33
4.2.1.3 Stigma religie	34
4.2.1.4 Samenhang met stigma rond anticonceptie	34
4.2.1.5 Gevolgen van vergroot stigma	35
4.2.1.5.1 Internalisatie van stigma.....	35
4.2.1.5.2 Belang confidentialiteit	35
4.2.1.5.3 Invloed op disclosure	36
4.2.1.5.4 Drempel	36

4.2.2	Invloed van taalbarrière.....	36
4.2.3	Invloed van generatie en sociaal netwerk.....	37
4.2.4	Invloed van juridische status	37
4.2.5	Invloed van intersectionele factoren.....	38
4.2.6	Algemeen gevolg: minder toegankelijkheid en informatieasymmetrie	39
4.3	Internationale en (supra)nationale context	39
4.3.1	Maximumtermijn.....	40
4.3.1.1	Wettelijk doel	40
4.3.1.2	Praktische gevolgen.....	40
4.3.1.2.1	Feitelijke uitsluiting.....	40
4.3.1.2.2	Medisch vervoer naar Nederland	40
4.3.1.2.3	Willekeur versus bewezen mentale en fysieke gevolgen	41
4.3.1.2.4	Na 12 weken foetale zwangerschap	41
4.3.1.2.4.1	Ernstige en ongeneeslijke kwaal bij de foetus.....	41
4.3.1.2.4.2	Gevaar voor de gezondheid van zwangere vrouw	42
4.3.2	Wettelijke wachttermijn	42
4.3.2.1	Wettelijk doel	42
4.3.2.2	Praktische gevolgen.....	42
4.3.2.2.1	Algemene gevolgen.....	42
4.3.2.2.2	Impact op vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroep.....	44
4.3.3	Informatieplicht	44
4.3.3.1	Informatieplicht anticonceptie.....	44
4.3.3.2	Informatieplicht adoptie	45
4.3.4	Financieel aspect	46
4.3.4.1	Voor 12 weken foetale zwangerschap.....	46
4.3.4.1.1	Kwetsbare groep 1: vrouwen zonder mutualiteit	46
4.3.4.1.2	Kwetsbare groep 2: vrouwen zonder wettig verblijf in België	47
4.3.4.2	Na 12 weken foetale zwangerschap: reis naar Nederland.....	48
4.3.5	Het strafrechtelijk karakter van het misdrijf abortus.....	49
4.3.5.1	Wettelijk doel	49
4.3.5.2	Praktische gevolgen.....	49
4.4	Tijdsgebonden factoren aan abortus.....	50
4.4.1	Bewustzijn van de zwangerschap.....	50
4.4.1.1	Symptomen van zwangerschap	50

4.4.1.2 Anticonceptie	50
4.4.1.3 Zwangerschapsontkenning	51
4.4.1.4 Confidentialiteit.....	51
4.4.1.5 Gevolgen van uitstel en/of afstel	51
4.4.2 Financieel aspect: invloed op timing.....	52
4.4.3 Procedure OCMW: dringende medische hulp.....	52
5. Analyse en beoordeling van de mogelijke verbeteringen	53
5.1 Verlenging van de wettelijke maximumtermijn.....	53
5.1.1 Belangen van de vrouw	53
5.1.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen.....	53
5.1.1.1.1 Emancipatie en recht op zelfbeschikking.....	53
5.1.1.1.2 Medisch verkeer naar Nederland.....	54
5.1.1.1.3 De gezondheidssituatie van de vrouw zelf	54
5.1.1.2 Belangen van de vrouw uit een etnisch-culturele minderheidsgroep.....	55
5.1.2 Belangen van de foetus	55
5.1.3 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners.....	56
5.1.4 Belang van de algemene maatschappij.....	58
5.1.4.1 Selectie op basis van geslacht	58
5.1.4.2 Abortus als alternatief voor anticonceptie.....	58
5.1.4.3 Verlating van abortusbehandelingen	58
5.1.4.4 Wettelijk evenwicht.....	59
5.1.5 Welke termijn dan?	59
5.1.5.1 Termijn op 18 weken foetale zwangerschap	59
5.1.5.2 Termijn op 20 weken foetale zwangerschap	59
5.1.5.3 Termijn op 22 of 24 weken foetale zwangerschap.....	60
5.1.6 Tussenconclusie: uitbreiding tot 20 weken foetale zwangerschap.....	61
5.2 Afschaffing en/of verkorting van de wettelijke wachttermijn	61
5.2.1 Belangen van de vrouw	61
5.2.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen.....	61
5.2.1.1.1 Emotionele last.....	61
5.2.1.1.2 Autonomie en emancipatie.....	61
5.2.1.1.3 Informatie doen bezinken.....	62
5.2.1.2 Belangen van de vrouw uit een etnisch-culturele minderheidsgroep.....	63

5.2.1.2.1 Toegang tot abortus	63
5.2.1.2.2 Beschermende werking	63
5.2.2 Belangen van de foetus	64
5.2.3 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners	65
5.2.4 Welke termijn?	65
5.2.5 Tussenconclusie: afschaffing wachttermijn	66
5.3 Wijziging van de wettelijke informatieplicht	66
5.3.1 Belangen van de vrouw	66
5.3.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen	66
5.3.1.1.1 Informatieplicht anticonceptie	66
5.3.1.1.2 Informatieplicht adoptie	67
5.3.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep	67
5.3.2 Algemeen belang: preventiebeleid	68
5.3.4 Belangen van de foetus	68
5.3.5 Tussenconclusie: wijziging invulling informatieplicht	68
5.4 Betaling van abortus	69
5.4.1 Belangen van de vrouw	69
5.4.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen	69
5.4.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep	69
5.4.2 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners	69
5.4.3 Invulling van hervorming	70
5.4.3.1 Gratis abortus	70
5.4.3.2 Automatische medische waarborg	70
5.4.4 Tussenconclusie: combinatie	71
5.5. Afschaffen van strafrechtelijke sanctie	71
5.5.1 Belangen van de vrouw	71
5.5.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen	71
5.5.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep	72
5.5.2 Belang van de algemene maatschappij	72
5.5.3 Belangen van de foetus	72
5.5.4 Tussenconclusie: volledige decriminalisatie	72
5.6 Mogelijkheid tot consultatie op afstand	72
5.6.1 Belangen van de vrouw	73

5.6.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen.....	73
5.6.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep.....	73
5.6.2 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners.....	74
5.6.3 Tussenconclusie: behoudt fysieke consultatie.....	74
6. Algemene conclusie	75
6.1 De opzet en het doel van het onderzoek.....	75
6.2 De barrières die leiden tot sociale uitsluiting.....	75
6.3 Analyse van de voorstellen tot recht	76
6.4 Besluit.....	78
7. Bibliografie.....	79
7.1 Literatuur.....	79
7.2 Rapporten en verslagen	84
7.3 Jurisprudentie	85
7.4 Wetgeving en voorbereidende stukken	85
7.5 Krantenartikelen	87
7.6 Webpagina's.....	87
8. Bijlagen.....	88
Bijlage 1: Ethisch reflectiedossier.....	88
Bijlage 2: Geïnformeerde toestemming	90
Bijlage 3: Informatieblad	91
Bijlage 4: Codeboom	92
Bijlage 5: Oproep sociale media	93
Bijlage 6: E-mail tot oproep respondenten.....	94
Bijlage 7: Vragenprotocol	95

Voorwoord

Voor u ligt het resultaat van negen maanden hard werk, interviews, schrijven en herschrijven. Ondanks mijn reputatie als ‘eeuwige student’, daagde dit onderzoek mijzelf als student en persoon sterk uit. Dit leidde tot een boeiend traject, waarbij ik veel leerde op academisch en menselijk vlak.

Ik ben trots om dit werk te kunnen voorleggen. Niet louter omdat dit het resultaat is van hard werk, maar ook omdat dit onderzoek mij nauw aan het hart ligt. Hoe meer ik onderzoek voerde, interviews afnam en las over dit thema, hoe meer het besef groeide over het belang van onderzoek hiernaar. Ondanks alle moeilijkheden, obstakels en stress, vond ik veel motivatie in de passie die ik heb voor dit onderwerp.

Dit onderzoek kon uiteraard niet tot stand komen zonder de veelvuldige begeleiding en het deskundig advies van mijn promotor. Daarom bedank ik allereerst Prof. Dr. Pieter Cannoot. Zijn grote betrokkenheid en vakkundige raad hebben mij de ondersteuning geboden die ik nodig had om al mijn ideeën om te zetten in een mooi eindresultaat. Daarnaast zou ik ook mijn vrienden, familie en partner willen bedanken voor de steun, het luisterend oor en het naleeswerk tijdens dit proces.

Graag neem ik u mee in mijn bevindingen van het afgelopen jaar.

Ann-Sophie Dondeyne

Abstract

Vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroepen ervaren sociale uitsluiting bij het uitoefenen van hun recht op abortus in Vlaanderen. De redenen hiervoor zijn multidimensionaal. Er bestaan verschillende voorstellen om aan deze problematiek tegemoet te komen, maar een analyse in het licht van de belangen van vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep blijft afwezig. Dit kwalitatief onderzoek bestudeert de drempels die deze groep ervaart, aan de hand van semigestructureerde diepte-interviews, een uitgebreide sociologische en juridische literatuurstudie. Hieruit bleek dat het wetgevend kader, samen met andere factoren, deze doelgroep op disproportionele wijze raakt. Uit de analyse van de suggesties uit het wetsvoorstel Tillieux en het advies van het Wetenschappelijk Comité van 2023 blijkt dat er nog veel ruimte bestaat om op wetgevend vlak om een meer inclusief abortusbeleid te voeren. Dit vraagt aanpassingen op het vlak van de wettelijke maximumtermijn en wachttermijn, de informatieplicht, het financieel aspect bij het OCMW en de decriminalisering van abortus.

1. Inleiding tot het onderzoek

1.1 Probleemstelling

1. Het recht op abortus in België bestaat dit jaar 33 jaar. De wettelijke verankering van abortus als grondrecht kwam er als resultaat van een lange strijd. Deze bereikte haar hoogtepunt in de jaren 60 en 70, op de piek van de tweede feministische golf, met organisaties zoals Gentse Kollektief Anticonceptie en Dolle Mina aan het voorfront. De zaken Willy Peers (1973) en Anne Léger (1977) gooiden alleen meer olie op het vuur. Deze strijd resulteerde in de wet Lallemand-Herman-Michielsens, die abortus onder strikte voorwaarden toelaat. Dit leek toen het einde van het abortusdebat (Donnay et al., 1993, pp. 151-152).

2. Ondanks een wettelijk recht op abortus lijkt de strijd voor reproductieve rechten in België nog steeds niet afgerond. Ieder jaar trekken 400 tot 1.000 vrouwen naar Nederland om een abortus te laten uitvoeren, omdat het Belgisch kader niet volstaat. In Nederland kan abortus namelijk overeenkomstig de wet tot 24 weken foetale zwangerschap (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 46). Deze reis gaat nochtans gepaard met een bijkomende, emotionele, praktische en financiële last, die niet iedere patiënt kan dragen (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 26). Velen vallen buiten het wettelijk kader en de abortuscentra kunnen hun niet meer helpen. Hierbij tonen cijfers van de Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (vanaf nu steeds: 'Nationale Evaluatiecommissie') dat dit vooral kwetsbare vrouwen treft, zoals minderjarigen, vrouwen in armoede, vrouwen met een migratieachtergrond, etc. (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p.131).

3. Naast het reizen richting Nederland, bestaan er andere indicaties dat het abortusbeleid in Vlaanderen tekortschiet tegenover bepaalde groepen. Onderzoek van Dokters van de Wereld (2022) stelt vast dat vrouwen zonder papieren en/of mutualiteit eveneens beperkte toegang hebben tot het uitvoeren van hun recht op abortus. Hierin ervaren ze financiële, bureaucratische en praktische drempels. Hierdoor melden ze zich vaak niet of te laat aan (Dokters van de Wereld, 2022). Ondanks dat ze in beginsel op gelijke basis abortus mogen ondergaan in België, hebben ze de facto een sterk bemoeilijkte toegang.

4. Deze vrouwen staan op basis van hun identiteitskenmerken op een intersectie tussen gender enerzijds en klasse, ras, leeftijd, etc., anderzijds, wat resulteert in een bijzonder kwetsbare situatie en een bemoeilijkte toegang tot abortusdiensten. Dit leidt tot een niet-inclusief abortusbeleid dat louter beantwoordt aan de belangen en noden van de geprivilegieerde¹ vrouw. Daarom heeft het een groot belang om aandacht te schenken aan deze barrières en hun uitwerking in de praktijk.

1.2 Maatschappelijke belangen

1.2.1 Toegang tot abortus als instrument voor emancipatie

5. Het keuzerecht over voortplanting maakt essentieel deel uit van iemands individuele vrijheid en beschouwt de wetgever zelfs als een ‘vrouwenrecht’ (Advies Raad van State, 2019, p. 5). Deze controle over eigen reproductieve rechten heeft verstrekende gevolgen over iemands leven en mogelijkheden om op een volwaardige manier te kunnen participeren in de maatschappij (Hawkey et al., 2018, p. 75). Daarnaast speelt reproductieve vrijheid een essentiële rol in het garanderen van gelijkheid tussen man en vrouw (Eriksson, 2000, p. 166). Een inperking van deze vrijheid leidt onoverkomelijk tot minder mogelijkheden op vlak van onderwijs, carrière, etc., wat de kwetsbaarheid van deze vrouwen alleen versterkt. Daarom speelt meer controle hebben over eigen reproductie een essentiële rol in het emanciperen van deze groepen vrouwen (Eriksson, 2000, p. 308). Het vrijwaren van de reproductieve vrijheid is dan ook essentieel in het streven naar een meer inclusieve samenleving voor alle vrouwen in alle aspecten van hun leven.

1.2.2 De rol van mentale gezondheid

6. Vaak heerst het idee dat abortus een negatieve invloed heeft op het mentaal welzijn van de patiënt. De realiteit blijkt daarentegen op z'n minst genuanceerd en steeds meer onderzoek bewijst immers het tegendeel. Recent onderzocht de University of California in San Francisco de invloed van een abortus en weigering tot abortus op lange termijn, in de Turnaway Study (2008-2016). Juist die vrouwen die de centra moesten wegsturen, ervaarden een negatieve impact op hun mentale gezondheid. Deze negatieve impact bleek er niet te zijn voor diegene die wel abortus onderging, met uitzondering van vrouwen die reeds mentale problemen

¹ Onder ‘geprivilegieerd’ verstaat dit werk iemand die op basis van hun identiteitskenmerken behoort tot de norm en hierdoor (onverdiend) voordelen verkrijgt hieruit. Dit gaat vaak over witte personen, mannen, hetero personen, personen die tot de middenklasse behoren, etc., dewelke sociale, financiële en juridische voordelen genieten op basis van deze kenmerken, op direct of indirecte wijze.

ervaarden (Biggs et al, 2017, pp. 174-176). Belgisch onderzoek wijst daarbij ook uit dat het uitdragen van een ongewenste zwangerschap leidt tot een lager niveau van mentaal welzijn dan het beëindigen van deze zwangerschap met abortus (Buysse et al., 2013, p. 171).

1.2.3 Fysieke integriteit en zelfbeschikking

7. Naast de mentale gezondheid, spelen de fysieke gezondheid en integriteit een belangrijke rol in het recht op abortus. Een gebrek aan voorzieningen leidt namelijk niet tot minder behandelingen (Advies Raad van State, 2019, p. 7), wel tot meer illegale, onveilige abortussen en bijgevolg tot meer complicaties en overlijdens (LUNA vzw, 2020, p. 14). Eveneens gaat het louter voldragen van een (ongewenste) zwangerschap en bevallen niet risicovrij, zelfs in de beste omstandigheden. Toegankelijke, kwalitatieve abortusdiensten hebben een belangrijke rol in het bewaren van de gezondheid van iedereen met een baarmoeder (Buysse et al., 2013, p.160).

1.2.4 Maatschappelijk belang

8. Hoewel bovenstaande elementen het algemeen belang dienen, kan een adequate toegang tot abortus ook tot andere positieve gevolgen leiden. Zo kan de wetgever, onder meer, bewust en verantwoord ouderschap ondersteunen en aanmoedigen, doordat iedereen voldoende toegang en keuzevrijheid heeft tot abortusdiensten. Daarbij heeft het opvoeden van een ongewenst kind een grote invloed op het gemoed van een ouder en op de latere ouder-kind relatie (Buysse et al., 2013, p.160).

1.3 Afbakening van het onderzoek

1.3.1 Doel van het onderzoek

9. In dit onderzoek wil ik graag een duidelijk overzicht weergeven van de concrete belemmeringen die vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep in Vlaanderen ervaren. Een belemmering of barrière houdt in dat deze factor het abortustraject verlaat, bemoeilijkt of onmogelijk maakt. Op basis van het in beeld brengen van deze pijnpunten, zal ik de huidige wetsvoorstellen en adviezen tot hervorming evalueren en analyseren. Er spelen namelijk nog vele andere belangen, nuances, grondrechten en grenzen.

10. Dit onderzoek focust met prioriteit op de afweging van deze belangen met de voorstellen, alsook de invloed op de toegang voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep. Veel analyses of literatuur omtrent deze voorstellen en aanbevelingen bieden vaak een

algemeen beeld of duiden slechts één perspectief van ‘de vrouw’ (wit, autochtoon, hoogopgeleid) zonder dieper in te gaan op de belangen van etnisch-culturele minderheidsgroepen. Op dit vlak tracht ik een andere visie te bieden.

1.3.2 Doelgroep van het onderzoek

11. De doelgroep van mijn onderzoek is ‘vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep in Vlaanderen’. Ik treed hieronder in detail over de drie elementen van mijn doelgroep.

12. Ten eerste koos ik ervoor om de doelgroep ‘vrouw’ te hanteren. Niettemin gaat abortus niet louter vrouwen aan. Veronderstellen dat de mogelijkheid tot zwangerschap en het ‘vrouw zijn’ volledig overeenstemmen, strookt niet met de werkelijkheid. Niettemin vraagt dit onderzoek wel om afbakening. Bovendien gebruikt de meeste literatuur over abortus deze onderzoeksgroep, alsook bestaat de grote meerderheid uit de abortuspatiënten uit vrouwen.

13. Ten tweede koos ik voor de groep van etnisch-culturele minderheden. Overeenkomstig het onderzoek van de Nationale Evaluatiecommissie lijden ook andere personen in een kwetsbare positie onder de beperkingen van het abortusbeleid. Hoewel onderzoek bij al deze verschillende groepen en intersecties een boeiend perspectief kan bieden, koos ik voor slechts één intersectie gezien het beperkt karakter van dit onderzoek, om het haalbaar en voldoende diepgaand te houden. Hoewel noch de wetgever, noch internationaal recht een eenduidige definitie biedt, vertrek ik vanuit de definitie van Henrard (2001):

‘A national or ethnic, religious and linguistic minority is a group numerically smaller than the rest of the population of a state. The members of this nondominant group have ethnic, religious, or linguistic characteristics different from those of the rest of the population and show, even implicitly, a sense of mutual solidarity focused on the preservation of their culture, traditions, religion, or language.’

14. Ten derde spitst dit onderzoek zich toe op het geografisch gebied Vlaanderen, ondanks het feit dat abortus in beginsel een federale aangelegenheid inhoudt. Deze keuze maakte ik om een taalbarrière te vermijden tussen data uit interviews.

1.3.3 Onderzoeksvraag

15. De onderzoeksvraag van deze masterthesis luidt als volgt:

Welke barrières dragen bij tot de sociale uitsluiting die vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroepen bij uitoefening van hun recht op abortus in Vlaanderen ervaren, en in welke mate leiden de huidige wetsvoorstellen tot een oplossing en hoe verhouden ze zich tegenover andere belangen?

2. Methode van het onderzoek

2.1 Aard van het onderzoek

16. Ik baseerde me bij dit onderzoek op een kwalitatief, emancipatorisch onderzoek. Er bestaat namelijk al redelijk veel explorerend onderzoek, waardoor een kwalitatief onderzoek meer aansluit op de *knowledge gap*. Overigens wilde ik voldoende ruimte laten voor de ervaringen vanuit de praktijk, wat ik niet in cijfers kon uitdrukken (Mortelmans, 2020, p. 25). Emancipatorisch onderzoek leek me voor dit onderwerp het meest gepast. Ik wil namelijk een probleem blootleggen en een sociaal probleem aanpakken. Met dit werk wil ik een bijdrage leveren aan deze maatschappelijke en academische discussie, in het bijzonder voor de belangen van de meest kwetsbare vrouwen (Mortelmans, 2020, p. 104).

17. Ik vertrok hierbij vanuit een deductief onderzoekmodel. Meer specifiek gebruikte ik het model van Coast et al. (2018) en de wetgeving in Vlaanderen toepasselijk als basis (inclusief de wetsvoorstellen), met interviews als secundaire bron. Interviews hebben een ondersteunende rol, omdat ik inzichten uit de praktijk wilde verwerken, maar deze niet als primaire data konden dienen in dit onderzoek. Ik tracht op deze manier een dieper begrip en een meer betrouwbare weergave van deze problematiek te bieden (Largan & Morris, 2019, p. 16).

18. Het wetgevend kader vormt de basis van dit onderzoek. Ik focus hierbij vooral op de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 1990 en 2018 en het wetsvoorstel Tillieux (2019). De concrete invulling en kritieken onderzocht ik hoofdzakelijk op basis van rechtsleer en wetgeving. Binnen het onderzoek van het wetgevend kader trachtte ik beperkt internationaal recht te analyseren en waarbij ik naast rechtsleer en wetgeving, ook rechtspraak gebruikte. Dit wetgevend kader vormt de basis van mijn deductief onderzoek.

19. Naast interviews en een juridisch onderzoek, omvat dit onderzoek ook een literatuurstudie. Hierbij focuste ik vooral op sociologische literatuur omtrent de sociale uitsluiting binnen abortusdiensten en (reproductieve) gezondheidszorg in het algemeen.

2.2 Onderzoekspopulatie of sampling

20. Voor de interviews besliste ik initieel om te focussen op de (medische en sociale) hulpverleners binnen het proces van abortus in Vlaanderen. Later breidde ik dit uit naar hulpverleners bij een organisatie die vrouwen met een ongewenste zwangerschap

doorverwijzen naar de abortuscentra. Ik hanteerde bewust een indirecte wijze om interviews af te nemen, ondanks de meerwaarde die geleefde ervaring kan bieden (Mortelmans, 2020, p. 161). Enerzijds vanuit ethische overwegingen, omdat dit een kwetsbare groep betreft en omdat een indirecte wijze van dataverzameling de meest sensitieve aanpak leek. Anderzijds bieden hulpverleners een bredere kijk op de realiteit, omdat zij op dagdagelijkse basis verscheidene patiënten ontvangen en zo meer informatie kunnen bieden.

21. Ik zocht mijn respondenten door rechtstreeks te mailen naar alle abortuscentra in België om de sneeuwbalmethode² te hanteren (zie bijlage 6). Echter bleek dat deze centra zelf veel werk en weinig capaciteit hadden om veel respondenten te vinden. Zo vond ik één respondent. Ik besliste om mijn sociaal netwerk aan te spreken via een oproep op sociale media (zie bijlage 5) en dit bracht mij in contact met één bijkomende respondent. Ik besliste om de doelgroep van de interviews uit te breiden en mailde dan naar verschillende NGO's en organisaties die vrouwen met ongewenste zwangerschap doorsturen en dit leidde mij tot één extra respondent. Wegens de vele praktische moeilijkheden en hoge werkdruk die zij ervaren, had ik slechts een beperkt aantal respondenten. Een specifieke selectie maken was bijgevolg moeilijk (Mortelmans, 2020, p. 162).

22. Uiteindelijk had ik slechts drie respondenten. Dit waren vrouwen die in Antwerpen en Vlaams-Brabant werkzaam zijn. Dat gegeven kan een invloed hebben gehad op de verkregen data, omdat deze louter vrouwelijke respondenten en een stedelijke context omvatte. Omdat drie respondenten onvoldoende representatief zijn voor de *scope* van dit onderzoek, worden de data vooral gebruikt om de literatuur en het juridisch onderzoek aan te toetsen.

² Deze methode van interviewverzameling houdt in dat je op basis van enkele initiële interviews, via van hun contacten doorverwezen wordt en op deze wijze je aantal respondenten kan uitbreiden.

Tabel 1. *Analyse van de respondenten*

Respondent	Organisatie	Functie	Regio	Verloop
Respondent 1	Abortuscentrum	Psychosociaal hulpverlener	Provincie Antwerpen	Fysiek
Respondent 2	Abortuscentrum	Coördinator centrum	Provincie Vlaams-Brabant	Fysiek
Respondent 3	Humanitaire NGO omtrent toegang tot gezondheidszorg voor personen zonder legaal verblijf	Regionale coördinator voor Vlaanderen	Vlaanderen met vestiging in Provincie Antwerpen en Vlaams-Brabant	Online via Microsoft Teams

23. Voor het verzamelen van data voor de literatuurstudie, gebruikte ik initieel juridische databanken zoals *Jura* en *Jurisquare* voor de juridische literatuur, maar later ook *Web of Science* en *Proquest Sociology* voor de sociologische literatuur.

2.3 Proces van dataverzameling

24. Ik bood de respondenten de keuze tussen een online of fysiek interview. Twee respondenten kozen voor een fysiek interview en ik reisde af naar het abortuscentrum. Eén respondent koos voor een online interview. Alle interviews duurde uiteindelijk tussen 40 minuten en 1 uur. Ik deed semigestructureerde diepte-interviews om een goed evenwicht te vinden tussen flexibiliteit, maar ook voldoende standaardisering zodat ik de data uit de interviews kon vergelijken (Baarda et al., 2005, p. 233).

25. Ik stelde vooraf een vragenprotocol (zie bijlage 7) op met 15 vragen/onderwerpen en bood de mogelijkheid om deze vooraf te zien. Ik overliep de geïnformeerde toestemming (zie bijlage 2) steeds en vroeg vooraf expliciete toestemming voor het interview. Ik nam beperkte nota's om aandachtig te kunnen volgen, met een audio-opname voor de transcriptie (Baarda et al., 2005, p. 288). Alle interviews verliepen in een afzonderlijke ruimte zonder derden, om betrouwbaarheid te garanderen. Jammer genoeg heb ik door het beperkt aantal respondenten geen volledige theoretische saturatie kunnen bereiken. Ik hield hiermee rekening bij het verwerken van de resultaten (Mortelmans, 2020, p. 174).

26. Ter verzameling van de data uit de literatuurstudie en de klassiek juridische methode, verkreeg ik de data hieruit hoofdzakelijk vanuit het lezen en schematiseren van de literatuur. Bij soortgelijke literatuur of rechtsleer, vergeleek ik beide bronnen om de gelijkenissen en de verschillen te kunnen vinden.

2.4 Data-analyse

27. Ik verwerkte de data door de interviews eerst te transcriberen. Ik koos ervoor om woordelijk te transcriberen, om het vlotter leesbaar te maken, zonder dat er relevante informatie verloren zou gaan (Mortelmans, 2020, p. 251). Ik heb hierbij open, axiaal en tot slot selectief gecodeerd, vanuit de *grounded theory*-benadering (Gibbs, 2018, p. 62). Op basis van deze data, stelde ik een codeboom op. Ik hanteerde hierbij deels een a-priorisch methode, waarbij ik de voorbereide vragen (gebaseerd op de literatuurstudie en haar structuur) aanwendde maar hierbij ruimte liet voor een bepaalde soepelheid voor nieuwe of meer specifieke codes (zie bijlage 4) (Mortelmans, 2020, p. 426).

28. De klassieke juridische methode en de algemene literatuurstudie heb ik gebruikt als een basis voor mijn onderzoek. Hierbij verwerkte ik de data uit de literatuur en rechtskundige bronnen om een overzicht te bieden van het juridische kader, de barrières, evenals de voorstellen tot verbetering. Ik verwerkte dit hierbij tot één geïntegreerde literatuurstudie.

2.5 Kwaliteit van de data

2.5.1 Getroffen maatregelen

29. Ik heb steeds geïnterviewd in een aparte ruimte. Overigens hanteerde ik pseudoniemen en bood steeds de mogelijkheid om de resultaten te lezen nadien. Ik bereidde een vragenprotocol voor, liet deze nalezen door mijn promotor en heb deze zo consistent mogelijk toegepast om zo een accuraat resultaat te bereiken.

30. Ik heb voor de klassiek juridische methode louter gezocht in kwalitatieve databanken en heb steeds geprobeerd om bij voorkeur primaire bronnen te gebruiken of gepubliceerde werken. Bovendien zocht ik steeds meerdere bronnen over eenzelfde onderwerp, om zo een volledig en objectief beeld te kunnen vormen.

31. Voor de literatuurstudie gebruikte ik betrouwbare databanken en in de mate van het mogelijke peer reviewed literatuur. Indien een bron verwees naar een ander onderzoek, heb ik

steeds de primaire bron geraadpleegd om in de mate van het mogelijke subjectiviteit te vermijden.

2.5.2 Ethisch onderzoek met betrekking tot de interviews

32. Ik heb getracht te werken naar voorbeeld van de procedurele ethiek van Mortelmans (2020). Daarom heb ik op voorhand steeds de geïnformeerde toestemming (zie bijlage 2) doorgestuurd naar de respondenten, samen met een informatieblad (zie bijlage 3) met het doel van mijn onderzoek. Ik bevestigde deze toestemming tot het interview en tot de opname steeds op voorhand, op de opname zelf. Overigens bood ik de mogelijkheid om op vraag de transcriptie door te sturen ter controle en liet ik de vragen vooraf controleren door mijn promotor. Bovendien heb ik steeds pseudoniemen gehanteerd en gebruikte ik geen concrete namen, plaatsen of gegevens in de resultaten van mijn onderzoek, om vertrouwelijkheid te garanderen (Brinkmann & Kvale, 2018, pp. 31-35). Ik stelde hiervoor tevens een ethisch reflectiedossier op (zie bijlage 1).

2.5.3 Reflexiviteit van de onderzoeker

33. Het is desondanks van groot belang voor dit onderzoek om te benadrukken dat mijn positie, sociaal-culturele kenmerken en mijn ervaringen als onderzoeker een impact hebben op de resultaten. Hiervan moet ik me bewust zijn. Ik ben een witte vrouw, behoor niet tot een etnisch-culturele minderheidsgroep en heb de Belgische nationaliteit, waardoor ik de positie van deze vrouwen nooit ten volle zal begrijpen. Daarom wilde ik vooral de verhalen en ervaringen vanuit de praktijk voor zichzelf laten spreken.

3. Algemeen kader

3.1 Begrippen

3.1.1 Definitie van abortus

34. De Belgische wetgever geeft zelf geen duidelijke omschrijving of definitie van een abortus of vrijwillige vruchtafdriving. Toch bestaat er binnen de literatuur een breed ondersteunde consensus dat dit gaat om de *abortus arte provocatus*, namelijk een miskraam die kunstmatig wordt opgewekt (Van Kooten et al., 2003, p. 5). Rechtsgeleerde Vansweevelt beschrijft abortus meer specifiek als ‘een opzettelijke vernietiging van een embryo of foetus in het lichaam van een vrouw, ongeacht de daarvoor gebruikte middelen’ (2018, p. 143).

3.1.2 Definities ongewenste en onverwachte zwangerschap

35. De termen ‘ongewenste zwangerschap’ en ‘onverwachte zwangerschap’ spelen een belangrijke rol binnen dit onderzoek, waardoor voorafgaande duiding me belangrijk leek.

36. Een *onbedoelde*, *ongeplande* of *onverwachte* zwangerschap duidt op een gebrek aan doelbewuste planning maar zegt niets over de mate van wenselijkheid. Deze term zegt wel iets over de afwezigheid van bewust gedrag en dit gaat over ongeveer 1/4^{de} van de zwangerschappen in Vlaanderen (Buysse et al., 2013, p. 159).

37. Een *ongewenste* zwangerschap zegt iets over de wenselijkheid en een negatief gevoel tegenover de zwangerschap. Deze wenselijkheid kan gedurende de zwangerschap evolueren. Hoewel er een overlap bestaat tussen de beide begrippen, kunnen ouders een ongeplande zwangerschap alsnog wensen en behouden (Buysse et al., 2013, p. 161).

3.1.3 Definitie zwangerschapsduur

38. In dit werk komt het concept van zwangerschapsduur frequent aan bod. Desalniettemin vult verschillende literatuur dit op andere wijze in, waardoor een verduidelijking op voorhand nodig lijkt. Er bestaat een onderscheid tussen foetale en menstruele zwangerschap. De *foetale of maternale* zwangerschap begint vanaf het moment van de bevruchting van de eicel. De *menstruele* zwangerschap begint met lopen vanaf het begin van de laatste menstruatie voor de bevruchting. Er zit dus ongeveer 2 weken tussen beide termijnen (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 58). Ik zal in beginsel steeds de foetale zwangerschapsduur gebruiken als term in dit werk, behalve waar anders vermeld.

3.2 Abortus en abortuscijfers in België

39. Volgens de cijfers van expertisecentrum LUNA vzw, resulteerde 14% van de zwangerschappen in België in 2020 in een vrijwillige zwangerschapsafbreking (LUNA vzw, 2020, p. 7). De gemiddelde leeftijd lag in 2020 op 29 jaar en 2021 op 29.22 jaar, waarvan de grote meerderheid (61.67% in 2020 en 60.54% in 2021) alleenstaanden betrof. Desondanks tonen de cijfers aan dat abortus iedere vrouw, los van leeftijd, stand of afkomst kan treffen (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 10 & p. 15).

40. Het abortuscijfer in België lag in 2017 op 8,2 van de 1000 vrouwen (LUNA vzw, 2020, 7), eerder laag in vergelijking met andere landen. Dit hangt vermoedelijk samen met een kwalitatief anticonceptiebeleid in België waardoor er minder ongewenste zwangerschappen plaatsvinden (Vandamme, 2019, 34), maar kan tevens wijzen op bijvoorbeeld een gebrek aan toegang tot abortusdiensten (LUNA vzw, 2020, p. 9).

3.3 Wetenschappelijk kader

41. Als wetenschappelijk kader voor dit onderzoek, hanteer ik als basis de *Social Exclusion Theory*. Deze theorie bestaat al sinds de 20^{ste} eeuw en vanaf de jaren 80 vulde de sociologie dit vooral in vanuit het standpunt van armoede. Hoewel er geen consensus bestaat over de exacte definitie, hanteer ik een eerder algemene definitie:

Sociale exclusie is een staat van nadeel die bepaalde groepen ervaren, waarbij ze verwijderd zijn van de rest van de maatschappij en niet ten volle kunnen participeren in het normaal leven (O'Donnell et al., 2018, p. 1).

42. Recent onderging dit concept binnen het sociologisch veld een ware transformatie, waardoor het nu ook andere elementen of identiteitskenmerken omvat en erkent die kunnen leiden tot sociale uitsluiting. Daarbij groeit steeds meer het besef dat het concept van sociale uitsluiting een multidimensionaal concept is dat voortvloeit uit verschillende aspecten. Er bestaan hierbij risicofactoren die leiden tot een grotere kans op een negatieve invloed op iemands sociale inclusie, wat grote gevolgen kan hebben. Dit leidt tot bijvoorbeeld minder toegang tot gezondheidszorg (Jehoel-Gijsbers & Vrooman, 2007, p. 11 & p. 12). Niettemin bestaan er een brede waaier aan factoren die een invloed kunnen hebben op sociale uitsluiting op micro-, meso- en macroniveau, zoals beleid, officiële instellingen, sociale status, inkomen, etc. (Jehoel-Gijsbers & Vrooman, 2007, p. 19).

43. Deze aspecten spelen een rol in het concept van sociale uitsluiting en het bestuderen hiervan. Evenwel ontstonden uit deze theorie toepassingen op specifieke aspecten, zoals gezondheidszorg. Sociale factoren zoals ras, status, etc., kunnen een invloed hebben op de mate waarin iemand barrières ervaart bij het beroepen op gezondheidszorg. Deze barrières omvatten elementen die leiden tot een onmogelijkheid, een verlating of een (onredelijke) last bij het beroepen op deze diensten van gezondheidszorg (O'Donnell et al., 2018, p. 2). Hieronder valt de behandeling tot abortus als deel van reproductieve gezondheidszorg. Coast et al. (2018) ontwikkelde, gebaseerd op sociale uitsluiting, een conceptueel model over de factoren op macro- en micromodel die toegang hebben op het verkrijgen van abortus gerelateerde zorg. Dit model maakt een onderscheid tussen individuele factoren, (supra)nationale factoren en tijdsgebonden factoren die een invloed uitoefenen op iemands abortustraject (Coast et al., 2018, p. 199). In de literatuurstudie zal ik de concrete invulling van deze factoren verder toelichten.

3.4 Wettelijk kader

3.4.1 Erkenning van het recht op abortus

3.4.1.1 Internationaal recht

3.4.1.1.1 Verenigde Naties

44. De *Human Rights Council* heeft in meerdere rapporten het recht op abortus erkend op basis van het recht op leven en gezondheid naar aanleiding van illegale abortussen en de verhoogde risico's (Coene & Bollen, 2013, p. 66). Desondanks speelt vooral de *CEDAW* een belangrijke rol op het niveau van de Verenigde Naties. *The Committee on the Elimination of Discrimination against Women* spitst zich toe op de bescherming van de rechten van vrouwen, alsook op het toekijken op de uitvoering van *the Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women* uit 1979. Artikel 16 van dit verdrag erkent het recht op abortus en stelt een verplichting voor de staten om deze diensten legaal en toegankelijk beschikbaar te stellen. De *Committee* steunt dit op basis van de waardigheid van de vrouw, evenals haar mogelijkheid om andere rechten te kunnen uitoefenen en zo te emanciperen (Eriksson, 2000, p. 205 & p. 208). Artikel 12 (1) koppelt dit aan het recht op leven, met het oog op de risico's van illegale abortussen (Zampas & Gher, 2008, p. 259). Dit verdrag heeft geen directe, afdwingbare kracht, maar vele lidstaten aanvaardden dit op basis van politieke druk.

3.4.1.1.2 Raad van Europa: Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens

45. Dit verdrag erkent het recht op abortus niet expliciet, maar de rechtspraak van haar bijhorend rechtsprekend orgaan, het Europees Hof (en Europese Commissie) voor de Rechten van de Mens, heeft meermaals belangrijke uitspraken gevelde (Erikkson, 2000, p. 313). Het Hof erkent geen algemeen recht op abortus aangezien deze beslissing binnen de appreciatiemarge van de lidstaten valt. Het Hof oordeelde toch meermaals over de andere aspecten van abortus (Coene & Bollen, 2013, p. 78).

46. Vertrekkende vanuit het folterverbod in artikel 3 EVRM, oordeelt de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens in *R en R tegen Polen* (2011) en het Europees Hof voor de Rechten van de Mens in *P en S tegen Polen* (2012) over de abortusprocedure in Polen. Ze stelde dat indien een lidstaat het recht op abortus voorziet, ze hierbij een duidelijke, toegankelijke procedure moet voorzien met voldoende zekerheid en geen onnodig lange wachttijden.

47. Daarnaast geldt de eerbiediging van privé-, familie- en gezinsleven uit artikel 8 EVRM bij het thema van abortus wegens de sterke verbondenheid van de zwangere vrouw en de foetus. Overeenkomstig lid 2, mag een lidstaat wel proportionele beperkingen en voorwaarden opleggen voor abortusdiensten (Zampas & Gher, 2008, p. 264). Vergelijkbaar als bij artikel 3 EVRM, oordeelde het Hof in *Tysiac tegen Polen* (2007) dat de voorziene rechten steeds een reële mogelijkheid en een duidelijke procedure en voorwaarden moeten omvatten.

48. Ondanks de terughoudende visie van het Hof en het inroepen van de appreciatiemarge, bestaan er voorwaarden en beperkingen indien een land een recht op abortus voorziet. Een louter theoretisch recht volstaat niet, de lidstaten moeten ook procedurele waarborgen tot daadwerkelijke uitvoering garanderen (Coene & Bollen, 2013, p. 71).

3.4.1.1.3 Europese Unie: Ministerraad

49. De Ministerraad van de Europese Unie erkent het recht op abortus en spoort lidstaten aan om stappen te ondernemen tegen illegale abortus. De Raad begrijpt hieronder een gelijke toegang tot de diensten en een feitelijke toegang tot de dienst, niet louter een juridische toegang of louter informatie (Erikkson, 2000, p. 283 & p. 292).

3.4.1.2 Nationaal recht

3.4.1.2.1 Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 1990

3.4.1.2.1.1 Geschiedenis en ratio legis

50. In 1990, na een lange politieke strijd, keurde het parlement eindelijk een eerste abortuswet goed, die vrouwen toeliet om een abortus te ondergaan (Vansweevelt, 2018, p. 221). De wet bracht eindelijk een juridische basis om legaal deze behandeling te ondergaan binnen een juridisch kader met beperkingen en voorwaarden, waaronder de noodtoestand (Donnay et al., 1993, p. 151). Vandaag speelt deze wet nog een belangrijke rol, aangezien weinig wijzigingen plaatsvonden de laatste 30 jaar.

51. De achterliggende idee van deze wet was om twee belangen te verzoenen: de zelfbeschikking van de zwangere vrouw enerzijds, het recht op bescherming van ongeboren leven anderzijds. Na 12 weken foetale zwangerschap golden er een striktere procedure en voorwaarden op basis van de progressieve rechtsbescherming.

52. Deze artikels stonden vanaf toen in artikel 348 tot en met 353 van het Strafwetboek. In beginsel was abortus dus strafbaar, behalve onder wettelijke voorwaarden (Vansweevelt, 2018, p. 221).

3.4.1.2.1.2 Voorwaarden en procedure

53. Artikel 2 van de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 1990 beschrijft de voorwaarden om tot abortus over te gaan.

- Maximumtermijn: de abortus moet voor het einde van de 12^{de} week foetale zwangerschap plaatsvinden, behalve in geval van een uiterst ernstige en ongeneeslijke kwaal bij de foetus of een ernstig gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw als gevolg van de zwangerschap met een tweede advies van een andere arts (4°);
- Plaats: in medisch verantwoorde omstandigheden door een arts of instelling, met gekoppeld voorlichtingscentrum;
- Informatieplicht instelling/arts: rechten, bijstand en voordelen, mogelijkheid tot adoptie en opvang, anticonceptie, medische risico's;
- Vaste wil: mondeling vastgesteld, met schriftelijke bevestiging voor de behandeling;
- Een noodsituatie;
- Wachtijd: 6 dagen tussen de eerste consultatie en de eigenlijke behandeling.

54. Eerst neemt de patiënt contact op met de instelling of de arts, eventueel na een doorverwijzing, om een afspraak te maken. Onder een instelling van gezondheidszorg valt een ziekenhuis en een abortuscentrum. Het voorlichtingscentrum bij de instelling geldt hier als essentiële voorwaarde (Vansweevelt, 2018, p. 190). Na de 12^{de} week zal de behandeling in beginsel in het ziekenhuis verlopen, gezien de meer gespecialiseerde instrumenten die de behandeling vereist (LUNA vzw, 2020). Een arts met aangepaste opleiding voert de abortus uit (Vansweevelt, 2018, p. 190).

55. Dan volgt de eerste consultatie met vooronderzoek. Een (sociaal) medewerker voert een gesprek over de omstandigheden, gevoel en de sociale context van de zwangerschap en over de medische voorgeschiedenis. Hierbij controleert deze de vrije wil om tot abortus over te willen gaan (Nys, 2020, p. 72). Deze geeft binnen hun wettelijke informatieplicht uitleg over de behandeling en anticonceptie. Vervolgens neemt een arts een echo om de zwangerschap en termijn te controleren (LUNA vzw, 2020, p. 10). Dan volgt de wachtermijn van minstens 6 dagen, afhankelijk van de beschikbaarheid en wil van de patiënt.

56. Tijdens de tweede consultatie bevestigt de patiënt schriftelijk met de behandeling en de arts voegt deze bevestiging toe aan haar medisch dossier (Nys, 2020, p. 72). Dan gebeurt de eigenlijke behandeling. Op basis van de duur van de zwangerschap en de voorkeur van de patiënt bestaan er twee behandelingen.

57. Tot 9 weken menstruele zwangerschap kan een medicamenteuze behandeling. In de eerste fase neemt de cliënt in het centrum oraal Mifégyne om de zwangerschap stop te zetten. In de tweede fase neemt ze zelf prostaglandines vaginaal. Deze medicatie leidt tot het uitwerpen van de vruchtzak. Deze tweede fase gebeurt sinds de Covid-19 pandemie in beginsel thuis, onder bepaalde voorwaarden, maar indien onmogelijk kan dit alsnog in het centrum (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 114).

58. Tot 14 weken menstruele zwangerschap, kan de abortus aan de hand van een zuigcurettagé. Deze behandeling gebeurt onder plaatselijke verdoving, waar een arts de vrucht uit de baarmoeder aspireert. De meeste abortussen verlopen in een abortuscentrum voor de wettelijke termijn van 12 weken foetale zwangerschap, maar bij een bijzonder medisch risico of volledige verdoving, kan dit in een ziekenhuis gebeuren (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 10).

59. Indien noodzakelijk, vindt er twee weken na de behandeling een controle plaats. Bovendien bestaat de mogelijkheid tot een psychologisch opvolggesprek, met eventuele doorverwijzing voor zover nodig (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 115).

3.4.1.2.2 Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 2018

60. In 2018 keurde de Kamer een nieuwe wet omtrent abortus goed. De wetgever keerde hierbij de logica om: abortus is in beginsel legaal in België onder wettelijke voorwaarden, behoudens uitzonderingen. Dit zou moeten leiden tot een minder moraliserend karakter van de abortuswet (Cassiers, 2021, p. 318). Ondanks enkele verbeteringen en symbolische vooruitgang voor vrouwenrechten (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 136), veranderde weinig aan de kern van de wet en de huidige procedure, noch aan de ongelijke toegang.

3.4.1.2.2.1 De wijzigingen

61. Als eerste, werd artikel 350, lid 2 Strafwetboek opgeheven, dat een noodsituatie vereiste voor abortus. Dit bleek te vaag en niet objectief, en in de praktijk had dit zijn nut verloren door de brede interpretaties (Nys, 2020, p. 70). Dit artikel erkent de individuele keuzevrijheid van de vrouwen in kwestie (Cassiers, 2021, p. 319). Daarnaast kan deze wijziging drempelverlagend werken, al twijfelde vele rechtsgeleerden of het in de praktijk wel gevolgen zou hebben (Vansweevelt, 2018, p. 226).

62. Ten tweede voerde de wet twee uitzondering in op de wettelijke wachtermijn. Een arts kan van de termijn afwijken indien dringende, medische redenen dit verantwoorden, alsook telt de termijn niet meer mee in de maximumtermijn van 12 weken foetale zwangerschap (Vansweevelt, 2018, p. 220). Zo komt de wetgever tegemoet aan de vele vrouwen die zich in de 11^{de} week aanmeldde en noodgedwongen naar Nederland moesten reizen, zelfs al waren ze minder dan 12 weken zwanger (PL, 2018).

63. Het derde punt van verandering omvat de depenalisering van abortus en de omkering van de logica. De bepalingen verhuisde de wetgever tevens naar een afzonderlijke wet, opdat dit minder moraliserend en culpabiliserend zou overkomen. Niettemin werd abortus niet geheel gedecriminaliseerd en blijft dit nog strafbaar voor zowel arts als patiënt (Vansweevelt, 2018, p. 223).

64. Ten vierde voerde de wetgever een uitzondering op de materiële of procedurele voorwaarden in, op basis van een noodtoestand die een arts bij hoogdringendheid kan invoeren. Je kan hierbij bijvoorbeeld levensgevaar invoeren. Dit kan zowel voor als na 12 weken en zelfs bij wilsonbekwaamheid (Vansweevelt, 2018, p. 219).

65. Tot slot verankert artikel 2, lid 7 van de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 een doorverwijsplicht voor medisch personeel die gewetensbezwaar invoeren, wegens religieuze of morele redenen, en breidt hij deze uit. Nu geldt er een concrete invulling, namelijk doorverwijzing tijdens de eerste consultatie met kennisgeving, het voorzien van contactgegevens en het opsturen van het medisch dossier (Tack, 2018, p. 116). Deze laatste wijziging is met name belangrijk voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep. Onderzoek in Nederland toont namelijk aan dat 10% van de huisartsen bij abortus niet doorverwijzen. Dit kan grote gevolgen hebben voor deze vrouwen, die vaak niet in dezelfde mate kennis of een netwerk hebben om te zoeken naar een arts die wel kan helpen (Vansweevelt, 2018, pp. 228-229).

3.4.1.2.2 Kritiek

66. Het Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking (vanaf nu steeds ‘Wetenschappelijk Comité’) heeft vastgesteld dat deze nieuwe wet een positieve impact heeft gehad. Ze leidde tot minder stigma en meer toegankelijkheid. De wet heeft ook een symbolisch belangrijke functie. Desondanks staan zowel het Comité als de praktijk ietwat teleurgesteld tegenover deze wet (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 12). De wetgever raakte niet aan belangrijke knelpunten, zoals de maximumtermijn of de sociale uitsluiting en kwam niet tegemoet aan de noden van de patiënten, artsen of experts (Advies Raad van State, 2019, p. 9). Bepaalde politici werpen op dat deze wet slechts de eerste stap betekent binnen een breder geheel aan wijzigingen (Vansweevelt, 2018, p. 232).

3.4.1.2.3 Wetsvoorstellen en recente evoluties

67. Omdat de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 2018 er niet in slaagde gevolg te geven aan de verzuchtingen van de maatschappij, bleef het abortusdebat sterk aanwezig. Dat leidde tot meerdere wetsvoorstellen, waaronder wetsvoorstel Tillieux (2019). Meer concreet omvat dat voorstel een versoepeling van de maximumtermijn van 12 naar 18 weken foetale zwangerschap. Eveneens verkort dit voorstel de wachttermijn van 6 dagen naar 48 uur. Bovendien focust dit voorstel op de medicalisering van abortus, waarbij deze

behandeling onder de algemene bepalingen van het gezondheidsrecht valt. Het voorstel pleit ook voor de decriminalisering van abortus. Tot slot omvat dit een bepaling omtrent de bestraffing van het verspreiden van foute informatie over abortus (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 58).

68. Tegenstanders blokkeerden dit voorstel meermaals in de Kamer maar in 2020 keurde de Kamercommissie van Justitie dit voorstel goed in tweede lezing. Tot een stemming van de Kamer kwam het niet, omdat dit voorstel werd gebruikt als drukmiddel in de formatiegesprekken. Zo werd de stemming voor onbepaalde termijn uitgesteld (Rosa vzw, z.d.). Desalniettemin biedt dit een stevige, breed ondersteunde basis voor een versoepeling. Recent laaide dit debat weer op door een publicatie van een rapport door het Wetenschappelijk Comité (I, 2023) en de recente wijziging van mening van de partij CD&V. Ze verklaarden zich akkoord met een uitbreiding van de abortustermijn tot 14 weken foetale zwangerschap (Lamote, 2023).

3.4.2 Bescherming van de foetus

3.4.2.1 Het internationaal recht op leven (en andere belangen foetus)

69. Verscheidene fundamentele verdragen van het internationaal mensenrecht beschermen het recht op leven. De vraag die hierbij rijst: vallen een foetus en embryo onder 'leven'? Zowel artikel 3 van de Universele Verklaring voor de Rechten van de Mens (1948) als artikel 2 van het Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie (2000) omvatten het recht op leven. Nochtans bestaat er in de rechtsleer een consensus dat onder 'leven', geen ongeboren leven valt en deze bescherming slechts vanaf de geboorte geldt (Coene & Bollen, 2013, p. 67).

70. Ook het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens omvat in artikel 2 de bescherming van het recht op leven. In *Vo tegen Frankrijk* (2004) oordeelde het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat dit artikel geen absolute bescherming biedt voor ongeboren leven, wegens gebrek aan consensus over het begin van leven. Lidstaten moeten dit steeds afwegen tegenover de belangen van de zwangere vrouw en een faire balans bereiken (Zampas & Gher, 2008, p. 264)

3.4.2.2 Grondwet

71. Artikel 22bis van de Belgische gecoördineerde Grondwet (1994) vormt de basis voor de rechten van het kind. Er ontstond eerst onduidelijkheid of dit bescherming bood voor ongeboren leven. Tot het Arbitragehof in 1991 oordeelde dat dit niet onder artikel 22bis Grondwet valt, noch onder artikel 8 EVRM (Arbitragehof, 1991).

72. Het Hof van Cassatie oordeelde echter met betrekking tot het recht op leven uit artikel 2 EVRM dat dit ook ongeboren leven omvat. De rechtsleer beschouwt dit als een ‘uitschuiver’ aangezien het EHRM zelf dit artikel niet zo interpreteert (Vansweevelt, 2022, p. 40). Belgische rechtsleer heeft dit genuanceerd en leidt hieruit af dat de foetus bescherming verdient, doch geen absolute bescherming op basis van recht op leven (Lemmens, 2011, p. 309). Recent bevestigde het Grondwettelijk Hof dat een ongeboren vrucht geen gelijke bescherming geniet op basis van artikel 10, 11 of 23 van de Grondwet (Grondwettelijk Hof, 2020).

3.4.2.3 Statuut van de foetus

73. Het Belgische recht beschouwt een foetus in beginsel niet als rechtssubject, al heeft deze wel een bijzondere status. Het is meer dan ‘gewoon’ een lichaamsdeel. Het wordt beschouwd als afzonderlijk organisme, ondanks de sterke verbondenheid en afhankelijkheid. Daarom hanteert men de progressieve rechtsbescherming: hoe meer ontwikkeld de vrucht, hoe meer beschermingswaardigheid deze heeft. Rechtspersoonlijkheid verkrijgt deze pas vanaf dat deze levend en levensvatbaar geboren wordt, op basis van de *infans conceptus regel*, bijvoorbeeld bij het verkrijgen van een erfenis of schenking. Hieruit leidt het Belgisch recht geen volledige bescherming van de foetus af (Lemmens, 2011, p. 304).

3.4.2.4 Strafrecht

74. Het misdrijf (on)opzettelijke levensbeëindiging van een persoon strekt zich voor het personele toepassingsgebied niet uit tot de foetus. Dit kan slechts vanaf het moment dat de bevalling start, dan geldt de kwalificatie kindermoord. Een misdrijf dat wel kan gelden op de foetus, is (on)opzettelijke slagen en verwondingen, doch met uitgestelde werking en op voorwaarde dat het kind levend en levensvatbaar geboren wordt (Lemmens, 2011, p. 305).

4. Problemen binnen het huidig abortussysteem tegenover vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep

4.1 Inleiding

4.1.1 Recht op abortus in vergelijking met feitelijke toegang tot abortus

75. Het verslag van de Nationale Evaluatiecommissie toont een brede verscheidenheid aan redenen waarom een vrouw tot abortus overgaat (2023, p. 34). De initiële wens tot zwangerschapsafbreking leidt in de praktijk niet steeds tot het uitvoeren van de behandeling door tal van redenen en barrières. Vrouwen in een situatie met vergrote kwetsbaarheid, zoals vrouwen binnen een etnisch-culturele minderheidsgroep, ervaren in grotere mate belemmeringen om te kunnen beroepen op abortusdiensten. Dit beïnvloedt haar keuzerecht op directe en indirecte wijze (Coast et al., 2018, p. 203).

4.1.2 Toegang tot abortus in vergelijking met algemene toegang tot gezondheidszorg

76. Hoewel er een bredere problematiek bestaat rond toegang tot gezondheidszorg voor personen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, heeft abortus een bijzonder statuut. Deze behandeling onderscheidt zich van andere vormen van gezondheidszorg:

- Er bestaat overlap tussen legaliteit en iemands individuele pad naar zorgdiensten;
- De zwangerschapsduur speelt een essentiële rol;
- Het betreft een eenmalige behandeling;
- Abortus draagt een groot stigma;
- Deze behandeling treft uitsluitend personen met een baarmoeder, met als grote meerderheid vrouwen (Coast et al., 2018, p. 200).

4.1.3 De factoren in kaart

77. Coast et al. stelden in 2018 een model op waarin ze drie van factoren beschrijven die een invloed hebben op de toegankelijkheid en uitoefening van het recht op abortus:

- De individuele context: dit betreft individuele kenmerken en kenmerken van iemands sociale groep of sociaal netwerk waartoe de vrouw behoort;
- (Inter)nationale en supranationale context: dit gaat over het systeem van gezondheidszorg en het wetgevend kader;
- Tijdsgebonden factoren specifiek aan abortus: dit betreft zowel de eigen ervaringen van de patiënt omtrent de zwangerschap, maar ook het bereiken van diensten. Dit element hangt sterk samen met de (supra)nationale context (Coast et al., 2018, p. 201).

78. Een wetgevend kader volstaat dus niet om een recht op abortus te garanderen, aangezien er nog andere factoren een invloed uitoefenen op iemands abortustraject. Deze factoren staan in interactie en kunnen elkaar versterken. De toegang tot abortus heeft verschillende dimensies en actoren. Dit traject verloopt dus allesbehalve lineair of voor iedereen gelijk (Coast et al., 2018, p. 200 & p. 203).

79. Ondanks de juridische focus van dit onderzoek, staan de feitelijke realiteit en drempels in interactie hiermee. De combinatie van factoren leidt tot de grote impact op kwetsbare groepen, wat kan leiden tot een verlating, een verzwaring of een onmogelijkheid tot het vinden van abortusdiensten. Dit kan er zelfs toe leiden dat iemand een ongewenste zwangerschap behoudt buiten haar wil (Vandamme, 2019, p. 30).

4.2 Individuele context

80. Een algemeen aandachtspunt bij dit subhoofdstuk: ‘De vrouw uit een minderheidsgroep’ bestaat niet. Dit omvat een zeer brede groep die in meerdere of mindere mate een invloed ondervinden in de toegang tot abortuszorg, op basis van verschillende factoren. Algemene vaststellingen moeten hierin dus met de nodige nuance bekeken worden.

4.2.1 Invloed van cultuur of religie: stigma

4.2.1.1 Algemene stigma’s abortus

81. Algemeen hangt er een sterk gevoel van stigma vast aan de behandeling abortus (Astbury-Ward et al., 2012, p. 3138). Ondanks steeds meer maatschappelijke aanvaarding in de laatste jaren, bevindt de behandeling abortus zich nog in de taboesfeer binnen onze maatschappij (Thys, 2015, p. 18), maar ook bij zorgpersoneel. Vooral bij abortusdiensten binnen een ziekenhuis maken hulpverleners zich soms schuldig aan ongepaste, apathische opmerkingen, wat alleen maar meer stigma veroorzaakt (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 109). Vooral respondent 3 merkte dat hulpverleners zeer indringende en moraliserende opmerkingen maken naar de patiënt toe.

‘Ja even iets nou wat we naar alle vroeger over gepraat hebben en natuurlijk dat gebeurt ook en dan heb ik het niet over de vrouwen in kwestie, maar dat is een subjectieve houding en gebrek aan kennis bij de hulpverleners. Dat is echt, dus wij hebben al vreemde dingen meegemaakt. Dus dat sommige medewerkers hun persoonlijke morele dingen gaan proberen over te brengen op vrouwen om hun niet te laten overgaan tot naar abortus.’ – Respondent 3

82. Naast een algemeen stigma dat geldt, kunnen bepaalde persoonlijke – of groepskenmerken dit stigma en schaamtegevoel vergroten of juist verkleinen. Deze elementen vormen namelijk mee de normen en waarden omtrent reproductie en acceptatie van abortus die binnen een sociale groep gelden. Dit kan de toegang belemmeren (Coast et al., 2018, p. 204).

4.2.1.2 Stigma als een gevolg van cultuur

83. De culturele achtergrond van een vrouw van een etnisch-culturele minderheidsgroep speelt een belangrijke rol in de mate waarin zij en haar omgeving abortus als acceptabel beschouwen. Dit heeft ook een impact op de keuze die ze zelf maakt of *kan* maken (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 128 & p. 171).

84. In bepaalde culturen geldt er een groter ideaal van moederschap als teken van vrouwelijkheid, wat leidt tot meer druk om kinderen te krijgen, zoals onderzoek van Hawkey et al. (2018) vaststelde. Dit onderzoek legde een verband tussen culturen uit het Midden-Oosten en een versterkt stigma rond abortus (Hawkey et al., 2018, p. 77 & p. 81). Dit stigma strekt zich breder uit tot informatie over seksualiteit, anticonceptie, etc. (Ussher et al., 2012, p. 476). Uiteraard vertrekken deze onderzoeken slechts vanuit een veralgemening. Er bestaan grote, onderlinge verschillen en daarbij hebben individuele en contextuele kenmerken een grote invloed op het stigma voor vrouwen binnen deze culturen. Desondanks heeft cultureel stigma een impact op de toegankelijkheid, zelfs in landen met legale, toegankelijke of zelfs gratis abortusdiensten (Kjelsvik et al., 2018, p. 786). Cultuur kan dus een zeer sterke invloed hebben op de toegang. Dit bevestigen en nuanceren de respondenten. Ze erkennen dat het een belangrijke invloed kan hebben maar dat dit niet in ieder geval blijkt. Echter merken ze wel een groter taboe rond seksualiteit, anticonceptie en abortus en mist deze informatie frequent.

‘Ik denk in verschillende landen en culturen dat het is ‘zwanger zijn, is een kind krijgen.’
– Respondent 1

85. In andere culturen, met name bij vrouwen afkomstig uit Oost- en Centraal-Europa, leidt cultuur juist tot een verminderd stigma. Onderzoek suggereert dat dit deels samenhangt met de invloed van hun communistische geschiedenis, waarin abortus een acceptabele en gangbare vorm van anticonceptie was (Frejka, 2008, p. 79). Dit toont aan dat etnisch-culturele minderheidsgroep niet noodzakelijk samenhangt met een vergroot stigma, bevestigden ook de respondenten.

'Het is niet omdat er een migratieachtergrond is, dat abortus meer taboe is. Soms is er ook juist minder taboe. Wat mij nu opvalt, dat is in het algemeen dan eh, vrouwen met een migratieachtergrond, dat het mij opvalt, dat ik dat eigenlijk niet meer opmerk en dat ik het eigenlijk niet meer zo beschouw. Heel vaak zijn dat eigenlijk Belgische vrouwen. [...] We kunnen die echt niet over één kam blijven scheren, want dan gaan we ontkennen dat er anderen zijn.' – Respondent 2

4.2.1.3 Stigma religie

86. Religie kan een beduidende invloed uitoefenen op het stigma omtrent abortus, alsook de toegankelijkheid van deze diensten op twee manieren. Enerzijds hebben de verschillende wereldreligies een negatieve visie op abortus of zelfs een verbod (Ussher et al., 2012, p. 477). De Nationale Evaluatiecommissie stelt vast dat dit bij vele vrouwen doorweegt op hun beslissing om al dan geen abortus te ondergaan (2018, p. 78). Barkan (2014) toonde een negatieve relatie aan tussen het niveau van religiositeit en de steun van de sociale groep bij de keuze voor een abortus. Deze druk van de religieuze of familiale omgeving zet de keuzevrijheid van de vrouw onder druk en heeft een negatieve invloed op de beschikbare informatie omtrent abortus indien ze de behandeling toch wil (Barkan, 2014, p. 942). Anderzijds gaat dit stigma vaak gepaard met een strikte visie op seksualiteit met de aanwezigheid van een maagdelijkheidsideaal voor het huwelijk. Dit heeft een invloed op de mate waarin een vrouw deze informatie zal delen met haar omgeving wegens angst voor sociale controle en het taboe rond voorhuwelijkse seks. Dit leidt vervolgens tot minder informatie, steun en hulp, wat een negatieve impact kan hebben om het verkrijgen van toegang tot abortusdiensten (Ussher et al., 2012, p. 475).

4.2.1.4 Samenhang met stigma rond anticonceptie

87. Dit stigma beperkt zich niet louter tot abortus, maar treft ook anticonceptie en seksualiteit als algemeen concept. Dit leidt tot een verminderde toegang tot anticonceptie en bijgevolg een verhoogde concentratie van ongewenste zwangerschappen bij vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep. Binnen deze groep bestaan grote onderlinge verschillen, waarin bij vrouwen uit Azië en West-Europa deze verhoging niet werd opgemerkt (Helström et al., 2003, p. 409). Overigens spelen individuele kenmerken en context een grote rol, dus dit betreft een zeer heterogene groep.

88. Desalniettemin tonen cijfers een verhoogd niveau ongewenste zwangerschappen bij vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, wat leidt tot een bijzonder kwetsbare situatie omtrent hun reproductieve rechten (Van de Velde, 2019, p. 68 & p. 180). Een belangrijke nuancing: er bestaat geen wetenschappelijke consensus over het verband tussen onze doelgroep en anticonceptie. Recent onderzoek binnen de Turkse gemeenschap in België toont aan dat deze kwetsbaarheid met betrekking tot anticonceptie eerder zou samenhangen met de verlaagde socio-economische situatie en opleidingsniveau van deze gemeenschap, dan met cultuur (Vandamme, 2019, p. 83).

4.2.1.5 Gevolgen van vergroot stigma

4.2.1.5.1 Internalisatie van stigma

89. Maatschappelijk of cultureel stigma of stigmatiserende opmerkingen van hulpverleners, leiden vaak tot een sterk gevoel van schuld bij de patiënt en het internaliseren van dit stigma (Astbury-Ward et al., 2012, pp. 3142-3143). Dit kan de keuzevrijheid van de vrouw omtrent abortus beknotten.

4.2.1.5.2 Belang confidentialiteit

90. Het taboe rond abortus leidt ertoe dat confidentialiteit een bijzonder belang heeft bij deze doelgroep. Ondanks de wettelijke bescherming, vormt het vaak een grote bezorgdheid, algemeen, maar in het bijzonder bij deze groep, die een invloed heeft op het uitoefenen van hun recht op abortus. Deze kennis kan leiden tot druk in de keuze of verstrekkende, negatieve gevolgen indien familie of een partner dit ontdekken. Hierdoor kan twijfel rond vertrouwelijkheid een drempel vormen voor bepaalde vrouwen die in het bijzonder lijden onder het stigma. Ondanks inspanningen van centra leeft de angst dat informatie bijvoorbeeld via een medisch dossier of de mutualiteit aan het licht komt (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 115). Respondenten 1 en 2 bevestigden dat dit toch een bepaalde bezorgdheid met zich meebrengt, doch eerder algemeen.

‘Ik denk dat het iets algemeen is, dat daar veel mensen daarmee bezig zijn. Want oké terugbetaling via de mutualiteit, je moet je rijksregisternummer opgeven. Gaan mijn ouders iets zien op het overzichtje? Gaat mijn partner iets zien op het overzichtje?’ – Respondent 2

4.2.1.5.3 Invloed op disclosure

91. Stigma heeft een belangrijke invloed op de wijze waarop iemand omgaat met de zwangerschap. De vrouw gaat in mindere mate deze ervaring of het nieuws van de ongewenste zwangerschap willen delen met anderen (Astbury-Ward et al., 2012, p. 3144), wegens angst voor afkeuring, of om discussie of onderhandeling te vermijden (Coast et al., 2018, p. 203). Zeker wanneer religie gemeoid is, speelt dit een grote rol (zie *supra* 33, nr. 82). Respondent 1 merkte dit in de praktijk op.

‘Vanaf dat de familie het weet, is het moeilijk om verder te gaan met het idee ‘ik wil dat het stopt’. Misschien voelen die vrouwen het wel heel erg, maar lukt het niet meer vanuit hun omgeving omdat ze voelen dat er voor een abortus geen ruimte is als ze zwanger blijven.’ – Respondent 1

92. Dit heeft evenwel een grote invloed op de toegankelijkheid. Dit kan leiden tot een verminderde steun, hulp en informatie vanuit de vrouw haar sociale netwerk. Een gebrek aan steun en kennis kan een belangrijke drempel vormen om op zelfstandige basis kwalitatieve abortusdiensten te kunnen raadplegen en leidt ertoe dat stigma indirect een grote barrière vormt voor de toegankelijkheid (Vansweevelt, 2018, p. 231).

4.2.1.5.4 Drempel

93. Stigma blijkt een grote ontmoedigende factor om het recht op abortus daadwerkelijk uit te voeren volgens onderzoek van Astbury-Ward (2012, p. 3144). Zeker cultureel stigma kan leiden tot een sterke, negatieve invloed op de autonomie en *agency* van een vrouw om reproductieve keuzes te maken (Hawkey et al., 2018, p. 81).

4.2.2 Invloed van taalbarrière

94. Naast culturele of religieuze redenen, kan taalkennis de toegang tot abortusdiensten vergroten of verkleinen. Dit geldt zowel om de diensten te vinden als om zichzelf in abortuscentra of ziekenhuizen duidelijk te maken. Alle respondenten getuigden dat de taalbarrière een grote drempel vormt om hulp te zoeken maar ook tijdens de consultaties de hulpverlening kan belemmeren.

‘Soms kan het al moeilijk zijn om te achterhalen wat de vrouw komt vragen. Want we zijn een abortuscentrum dus je kan ervan uitgaan dat ze naar hier komen omdat ze een positieve test hebben, maar soms is het ook omdat ze een spiraal er willen uit laten halen of de menstruaties zijn te laat en ze hebben geen test gedaan, maar daar begint het taalaspect al mee.’ – Respondent 1

95. Niettemin onderscheiden verschillende groepen zich hier. Migranten uit landen waar men Frans spreekt, hebben algemeen een meer geïntegreerde positie, waardoor ze eenvoudiger abortusdiensten kunnen bereiken door zowel de taalkennis als een groter sociaal netwerk. Dit geldt ook voor de kennis van Nederlands en Engels (Gijberts & Lubbers, 2014, p. 39). Bovendien kan een taalbarrière leiden tot slechte communicatie met de zorgverleners op de diensten zelf. Dit kan een beperking of drempel inhouden om de behandeling daadwerkelijk te ondergaan, zelfs indien gewenst (Almeida et al., 2013, p. 1352). Dit bevestigde respondent 1.

‘Het vraagt best wat informatie. We moeten daar ook toestemmingsdocumenten voor laten tekenen. Ze krijgen instructies mee om thuis uit te voeren de dag nadat ze hier het eerste tablet hebben genomen. En dan kunnen er thuis misschien ook vragen en bezorgdheden zijn en als er dan te weinig taal is, dan vinden we dat geen goede hulpverlening’ – Respondent 1

96. Respondent 1 en 2 gebruiken in de praktijk vaak vertaalapps of websites, om financiële en praktische redenen.

‘Nu wat we wel veel doen is Google Translate gebruiken. [...] We hadden ook in het verleden met een tolkendienst, maar dan is het voor ons de barrière in hulpverlening dat je moet reserveren. Je legt het vast op een bepaald uur, maar stel de vrouw is een kwartier te laat, komt niet opdagen, je hebt het betaald en gereserveerd. Het kwartier is om en de vrouw is er nog niet. En dat was best een grote kost voor het centrum.’ – Respondent 1

4.2.3 Invloed van generatie en sociaal netwerk

97. Naast taal en cultuur, vormt de generatie een belangrijke rol die een invloed heeft op de toegankelijkheid. Een vrouw van een etnisch-culturele minderheidsgroep waarvan haar familie reeds twee of drie generaties in België woont, heeft een breder sociaal netwerk met meer sociaal en humaan kapitaal. Hoe korter ze in België wonen, hoe hoger de drempel, omdat het sociaal netwerk een belangrijke rol speelt om kwalitatieve informatie te verkrijgen. Dit gaat over informatie omtrent reproductieve rechten, gezondheidszorg en hoe deze diensten te bereiken. De ‘generatie’ houdt daarbij ook verband met de taalkennis (zie *supra* 36, nr. 94) (Hendryx et al., 2002, p. 94).

4.2.4 Invloed van juridische status

98. Een andere reële factor die bijdraagt tot een verminderde toegang tot abortus voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep is het idee dat abortus hun wettelijke status in België in gevaar kan brengen. Dit kan leiden tot veel bijkomende stress, zeker omdat ze hun

identiteitsgegevens moeten delen, en dit kan een belangrijke barrière vormen (Ostrach, 2013, p. 267). Deze factor heeft vooral een impact op verzoekers van internationale bescherming, of personen die op illegale wijze verblijven in België (Ostrach, 2013, p. 264), die ook een invloed kan hebben op het financiële aspect (zie *infra* 46, nr. 126).

4.2.5 Invloed van intersectionele factoren

99. Ook andere vrouwen in een kwetsbare positie ervaren een sociale uitsluiting tot abortusdiensten, op basis van onder meer hun socio-economische status en opleidingsniveau (Vansweevelt, 2018, p. 194). Niettemin blijkt dat verschillende aspecten van kwetsbaarheid frequent samen voorkomen. Hierdoor ontstaat er soms onduidelijkheid over de exacte oorzaak van de belemmering van toegang. Desalniettemin staat vast dat de intersectie op basis van socio-economische status en het behoren tot een minderheidsgroep leidt tot een vergrootte kwetsbaarheid met haar eigen uitdagingen en problemen (Vandamme, 2019, p. 23 & p. 67).

100. Economisch kwetsbare vrouwen gaan vaker abortus ondergaan met als beweegreden een gebrek aan middelen om een kind te onderhouden (Rasch et al., 2008, p. 148) en hebben algemeen hoger risico op een ongewenste zwangerschap (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 118). Echter ervaren vrouwen met lagere socio-economische status juist een verminderde toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg, met minder financiële capaciteit om de zwangerschap te kunnen bevestigen. Dit leidt tot een verminderde toegankelijkheid tot deze diensten. De financiële last betreft namelijk niet slechts de kostprijs van de behandeling, maar ook reiskosten, het inkomensverlies van werk te moeten missen voor de afspraak, kosten voor opvang voor andere kinderen, etc. (Joyce et al., 2009, p. 11). Deze zaken kunnen leiden tot een grote last, een verminderde toegang en bij sommigen een verlating in het zoeken van abortusdiensten. Deze verlating heeft een impact op de factoren van tijdsgebonden ervaringen met abortus. Daarbij ervaren ze vaak een verminderde geletterdheid, die vooral samenhangt met een lager opleidingsniveau van de vrouw, waardoor ze minder vaardigheden hebben om kwalitatieve informatie te vinden over de behandeling en om zichzelf te navigeren door het Belgische systeem van gezondheidszorg. Vrouwen met lagere socio-economische status en van etnisch-culturele minderheidsgroep ervaren dus soortgelijke barrières.

101. De intersectie leidt tot een bijzonder kwetsbare positie op vlak van toegang tot abortusdiensten (Van de Velde, 2019, p. 180). Uit de interviews bleek zeer duidelijk: kwetsbaarheid komt zelden alleen. Vele schrijnende situaties vertrokken vanuit kwetsbaarheid

als vrouw van etnisch-culturele minderheidsgroep, maar gingen gepaard met andere elementen zoals alleenstaand ouderschap, armoede, etc. Een treffende casus van respondent 1 bevestigde dit.

'Ik had onlangs een vrouw die te ver zwanger was. Het was ook wel een kwetsbaar iemand. Ze was vanuit de Dominicaanse Republiek vertrokken, ze had daar twee kinderen. [...] Maar dat was toch allemaal met valse beloften geweest. Er was iemand die haar een mooi verhaal had verkocht, maar het bleek dan toch niet allemaal zo rooskleurig te zijn. Een rijksregisternummer aanvragen, werk vinden, dat bleek niet allemaal zo vlot te gaan als dat ze gedacht had. [...] Die vrouw was ook depressief, ze had al thuis eens te veel pillen genomen. De vriendin had haar thuis gevonden met al die medicatie, was ook helemaal in paniek geslagen. Die vrouw was vermoedelijk zwanger van een seksueel contact dat ze was aangegaan om geld te verdienen, dus toch in de prostitutie beland. En zij bleek dus te ver zwanger te zijn. Maar ze had al geen middelen om in België een stabiel leven op te bouwen.'

4.2.6 Algemeen gevolg: minder toegankelijkheid en informatieasymmetrie

102. Deze elementen hebben op zich elks een (negatieve) impact op de toegankelijkheid tot abortusdiensten voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep. Deze combinatie van factoren leiden ertoe dat bepaalde vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep over het algemeen onvoldoende kwalitatieve informatie hebben. Dit hangt deels samen met een verminderd sociaal netwerk als een gevolg van taalbarrière of generatie. Hierdoor hebben sommigen moeite om in het gezondheidszorgsysteem te navigeren of kennen ze hun opties omtrent reproductieve gezondheidszorg onvoldoende (Ostrach, 2013, p. 262 & p. 269). Daarbij kan religie en/of cultuur leiden tot taboe rond seks en onvoldoende (correcte) kennis over reproductieve gezondheid en anticonceptie (Rasch et al, 2008, p. 148).

4.3 Internationale en (supra)nationale context

103. De huidige wetgeving omtrent abortus speelt een belangrijke rol in de toegang tot deze behandeling. De laatste jaren kreeg deze wet veel kritiek binnen de rechtsleer maar ook vanuit de abortuscentra. Naast meer algemene kritiekpunten, zoals onduidelijkheid over de wettelijke toestemming van minderjarigen, het statuut van abortus binnen de gezondheidszorg, etc., raken bepaalde elementen in het bijzonder hard aan de toegang voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep (De Meyer & De Mulder, 2021, pp. 48-51). Deze komen in dit hoofdstuk aan bod. Niettemin stopt de nationale context niet bij dit wetgevend kader, maar hebben ook andere zaken een invloed, zoals het systeem van gezondheidszorg, de infrastructuur, de rol van het OCMW en ziekenfondsen, etc. (Coast et al., 2018, p. 206).

4.3.1 Maximumtermijn

4.3.1.1 Wettelijk doel

104. De maximumtermijn ligt momenteel in beginsel op 12 weken foetale zwangerschap. Deze grens is eerder willekeurig en steunt niet op een medisch ijkpunt (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 120). De wetgever motiveerde dit in 1990 op basis van een compromis binnen de toenmalige tijdsgeest, waarbij deze het recht op zelfbeschikking en het recht op bescherming van ongeboren leven met elkaar afwoog (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 17).

4.3.1.2 Praktische gevolgen

4.3.1.2.1 Feitelijke uitsluiting

105. De praktijk toont aan dat de termijn van 12 weken niet volstaat voor een bepaalde groep vrouwen. Hoewel dit veel vrouwen raakt, toont onderzoek aan dat vooral meer kwetsbare vrouwen, waaronder vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, hieronder lijden. Zij ervaren namelijk door een combinatie aan factoren (zie *supra* 39, nr. 102) meer barrières, wat leidt tot een later bewustzijn van de zwangerschap of het later zoeken van hulp (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 218). Hierdoor worden zij vaker het slachtoffer van deze rigide, korte maximumtermijn. Vrouwen zonder Belgische nationaliteit of met migratieachtergrond bieden zich namelijk vaker na de wettelijke termijn aan (Van de Velde et al., 2019, p. 180). Alle respondenten merken dat de drempels die vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep ervaren, er vaker toe leiden dat ze zich buiten de termijn aanmelden of later terugkomen voor hulp.

‘Dat is een probleem: die wachten. En dan komen ze terecht boven de wettelijke termijn, dan komen ze terug bij ons terecht.’ – Respondent 3

4.3.1.2.2 Medisch vervoer naar Nederland

106. Dit leidt tot een 400 tot 1.000 vrouwen die jaarlijks de reis naar Nederland maken om daar abortus te ondergaan. Hierdoor ontstaan er tevens verschillende financiële en praktische moeilijkheden die zorgen voor ongelijke toegang, die ik later in detail zal bespreken (zie *infra* 48-49, nrs.135-137) (Advies Raad van State, 2023, p. 134).

4.3.1.2.3 Willekeur versus bewezen mentale en fysieke gevolgen

107. De wetgever onderbouwt deze termijn op basis van de toenmalige tijdgeest, zonder dat 12 weken een essentieel, medisch kantelpunt inhoudt. Desalniettemin onderging de maatschappelijke visie sindsdien een grote verandering. Er bestaat meer aandacht voor bewust ouderschap en het belang van reproductieve rechten als vrouwenrecht. Eveneens toont de realiteit van de vele vrouwen die naar Nederland reizen, dat de huidige termijn niet voldoet aan de noden van de maatschappij in 2023, aangezien kwetsbare vrouwen hieronder lijden (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 19).

108. Tevens staat deze willekeurige, politiek gemotiveerde grens in scherp contrast met de vaststaande gevolgen van een ongewenste zwangerschap. Ook ongewenst ouderschap heeft verstrekkende gevolgen op de (mentale) gezondheid van de ouder, alsook het kind en dit leidt vaker tot een funeste relatie tussen beiden. Daarnaast gaat een zwangerschap en bevalling gepaard met medische risico's. Deze verstrekkende gevolgen, die vaker kwetsbare vrouwen zoals die uit etnisch-culturele minderheidsgroep raken, staan niet in verhouding met de achterliggende motivatie die de wetgever in 1990 vooruitschoof (Buysse et al., 2013, p. 168).

4.3.1.2.4 Na 12 weken foetale zwangerschap

109. Een uitzondering op deze termijn, overeenkomstig artikel 2, 5° Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking, kan bij een ernstige, ongeneeslijke kwaal bij de foetus of bij een ernstig gevaar voor de gezondheid van de zwangere vrouw.

4.3.1.2.4.1 Ernstige en ongeneeslijke kwaal bij de foetus

110. Met betrekking tot de kwaal bij de foetus, moet deze met zekerheid vaststaan, alsook ernstig en onbehandelbaar doch niet dodelijk zijn. Deze zekerheid bewijzen blijkt echter weinig haalbaar, aangezien de wet 'vaststaan' vereist, terwijl het in de praktijk eerder vertrekt vanuit een risico-inschatting (Vansweevelt, 2018, p. 204). De praktijk en de wet stemmen dus niet overeen (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 24). Overigens gebeurt deze inschatting louter op basis van medische kenmerken en mag de arts geen rekening houden met de sociale context. Daarnaast speelt deze context, vooral voor meer kwetsbare vrouwen zoals uit een etnisch-culturele minderheidsgroep of lagere socio-economische status, een grote rol. Hun kwetsbare situatie beïnvloedt de impact die een kwaal van de foetus heeft, en het valt te betreuren dat de wetgever hier geen aandacht aan heeft geschonken (De Meyer, 2020, p. 18).

4.3.1.2.4.2 Gevaar voor de gezondheid van zwangere vrouw

111. Na 12 weken kan abortus in geval van gevaar voor de gezondheid van de vrouw. Een bedreiging van de gezondheid volstaat. De wet vereist geen levensbedreiging. Artsen zullen deze open norm in de praktijk verder invullen (De Meyer, 2020, p. 19).

112. Dit gevaar betreft noodsituaties zoals de bedreiging van de mentale of fysieke gezondheid, maar geen sociale noodsituaties, zoals armoede, dakloosheid, verkrachting, etc. Een gevaar voor de mentale gezondheid valt hier wel onder, waardoor bepaalde sociale noodsituaties er wegens een psychische indicatie toch onder vallen en de vrouwen alsnog legaal abortus kunnen ondergaan (De Meyer, 2020, p. 20). Echter gaat dit om slechts enkele patiënten: in 2020 ging dit bijvoorbeeld om twee vrouwen (Nationale Evaluatiecommissie, 2023). Er moet een bepaalde ernst en psychische indicatie voorhanden liggen, zoals zelfmoordgedachten, zware angsten (Vansweevelt, 2018, p. 202), misbruik van harddrugs, etc. (De Meyer, 2020, p. 19). Deze uitzondering op de termijn van 12 weken biedt zelden een uitweg aan vrouwen in een kwetsbare situatie, waarbij de zwangerschap juist een grote sociale en mentale impact zou hebben (Vansweevelt, 2018, p. 202).

4.3.2 Wettelijke wachttermijn

4.3.2.1 Wettelijk doel

113. De wettelijke wachttermijn tussen de eerste en tweede consultatie riep de wetgever in het leven om te garanderen dat iemand met voldoende kennis van zaken een beslissing maakt. Tevens tonen de parlementaire voorbereidingen dat ze deze keuze maakte op basis van het belang van ongeboren leven, om af te schrikken (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 22). Daarbij wilde de wetgever de vrouwen behoeden voor een impulsieve beslissing of druk van derden (Vansweevelt, 2018, p. 226).

4.3.2.2 Praktische gevolgen

4.3.2.2.1 Algemene gevolgen

114. Deze goedbedoelde achterliggende redenen staan in scherp contrast met de ervaringen van de patiënten zelf. De grote meerderheid ervaart dit eerder als last dan als hulp en dit leidt tot veel emotionele onrust en bijkomende stress. Hoewel dit voor sommigen de nodige rust en reflectie biedt voor deze beslissing, betekent dit voor anderen een ware marteling van 6 dagen (Aerts, 2010, p. 6).

115. Daarnaast begint deze termijn pas te lopen vanaf de eerste consultatie, waarop vrouwen vaak al enkele dagen moeten wachten. Overigens komt het verplichte karakter zeer neerbuigend en paternalistisch over tegenover de competentie van een vrouw om een beslissing te nemen over haar eigen lichaam en leven (Advies Raad van State, 2019, p. 13). Alle respondenten waren grote tegenstanders van de huidige wachttermijn van 6 dagen en vonden dit zeer betuttelend en paternalistisch naar de patiënt toe.

'Het biedt alleen maar nadelen omdat het iets dat hun van bovenaf opgelegd wordt en dat hun zegt 'ja maar, denk nog maar een keer goed na'. Het zegt hun alleen maar 'je hebt toch wel een belangrijke beslissing. Heb je er wel al over nagedacht'. Ja natuurlijk hebben ze daarover nagedacht.' – Respondent 2

116. Zo'n 95% van de vrouwen weten op het moment van hun eerste consultatie zeker een abortus te willen en de wachttermijn heeft een minieme impact op de finale beslissing (Van de Velde, 2019, p. 180). 81% van de vrouwen die een eerste consultatie hadden, ondergingen daadwerkelijk abortus, waarbij 3% van de 19% uiteindelijk besloot om geen abortus te ondergaan. Hieronder vallen tevens vrouwen die de eerste consultatie aanwenden om informatie te krijgen om hun keuze nog te kunnen maken (LUNA vzw, 2022, p. 1). De praktijk toont dat iedere vrouw nood heeft aan meer of minder tijd om na te denken, wat niet verenigbaar is met een lange, verplichte termijn. Dit bevestigen alle respondenten uit hun eigen ervaring. Ze merken dat vrouwen grondig hebben nagedacht over de keuze vooraf en dat ze bij twijfel zelf aangeven dat ze meer tijd of informatie nodig hebben.

'Want inderdaad, nu is het 6 dagen en de meeste vrouwen vinden die 6 dagen de hel en veel te lang, maar sommige vrouwen hebben meer tijd nodig dan die 6 dagen. Die komen na 3 weken van 'ik heb mijn beslissing genomen', kan ook eh? En dat toont dat vrouwen echt wel zelf dat kunnen beslissen en dat er daar geen van bovenaf opgelegde termijnen nodig zijn.' – Respondent 2

117. Zowel bepaalde rechtsgeleerden zoals Vansweevelt (2018, p. 227), als de zorgverleners van de Vlaamse abortuscentra menen dat de wettelijke termijn te rigide en belastend blijkt voor de vrouw (De Meyer & De Mulder, 2021, pp. 23-24). Daarnaast verschuift dit de behandeling noodgedwongen met minstens 6 dagen, waardoor de behandeling meer risico inhoudt en er meer zwangerschapssymptomen verschijnen (Joyce et al., 2009, p. 11). Dit merkten ook respondent 1 en 2 op bij hun centrum, dat er ook andere elementen bestaan die bovenop de wettelijke wachttermijn leiden tot nog langer wachten.

‘Als het gaat over oké je hebt misschien de pech gehad om een week te moeten wachten voordat je hier op gesprek kan komen. En dan moeten er nog eens 6 dagen gewacht worden, of 7 of 8 of 10 als je pech hebt en er zit weer een weekend tussen, dat is echt voor veel mensen overbodig.’ – Respondent 1

4.3.2.2 Impact op vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroep

118. De Wereldgezondheidsorganisatie heeft reeds vastgesteld dat een verplichte, wettelijke termijn een barrière vormt bij de toegang tot veilige abortus (Vansweevelt, 2018, p. 226). Deze verplichte wachttijd met twee fysieke consultaties leidt tot hogere kosten, omdat een patiënt twee keer vervoer moet betalen, opvang moet vinden voor kinderen en tweemaal werk moet missen. Dit heeft vooral een vergrote impact op vrouwen in een kwetsbare situatie, zoals vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep of met een lager inkomen, waardoor ze minder vaak tot op hun tweede consultatie geraken (Joyce et al., 2009, p. 2 & p. 11).

4.3.3 Informatieplicht

4.3.3.1 Wettelijk doel

119. Artikel 2 van de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 omvat verschillende informatieverplichtingen voor de behandelende arts. Sommigen dienen een medisch doel, zoals het uitleggen van de risico's van de behandeling. Dit omvat tevens twee bijzondere informatieplichten, namelijk over anticonceptie, en over adoptie en opvangmogelijkheden. Deze hebben een preventieve werking maar dragen ook een beschermende functie in zich (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 27)

4.3.3.1 Informatieplicht anticonceptie

120. De eerste verplichting over anticonceptie, heeft zowel voor- als tegenstanders. Niettemin pleitten alle respondenten van mijn interviews juist voor het behoud van de wettelijke plicht tot informatie omtrent anticonceptie.

‘Ik vind het dan wel nuttig om het uit te leggen wat er allemaal bestaat en wat er kan. Sommige vrouwen hebben nog nooit iets van anticonceptie gebruikt maar hadden het wel graag gehad als ze erop terugblikken. Of vrouwen kennen alleen een pil en weten niet goed welke andere dingen er nog bestaan dus ja, ik vind dat wel belangrijk.’ – Respondent 1

121. De discussie rond de afschaffing of inperking van deze informatieplicht raakt aan de belangen van vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep. Deze groep gebruikt juist in mindere mate anticonceptie, door een combinatie van stigma, gebrek aan kennis en toegang

tot kwalitatieve gezondheidszorg en reproductieve gezondheidszorg (Coene & Bollen, 2013, p. 124). Vaker hebben ze gelimiteerde of foute kennis over anticonceptie (Hawkey et al., 2018, p. 76 & p. 88). Dit geldt niet algemeen voor alle culturen, maar cultuur kan weldegelijk een impact hebben (Mouthaan et al., 1998, p. 83). Daarom heeft de informatieplicht over anticonceptie een bijzonder nut voor de doelgroep van dit onderzoek. Respondenten 1 en 2 merkten ook dat cultuur een invloed kan hebben op de mate waarin je kennis en toegang hebt tot anticonceptie of dat hierrond een taboe bestaat.

'Maar ja, bij bepaalde groepen ontbreekt die informatie wel en is het ook zo cultureel wel van 'het kan niet' of 'we mogen het niet'. Of sterilisatie van de man is not done. Of een condoom dat een man niet gebruikt, dat wel.' – Respondent 2

4.3.3.2 Informatieplicht adoptie

122. De wettelijke informatieplicht over adoptie en opvangmogelijkheden blijkt meer algemeen bestreden, zowel vanuit rechtsleer als vanuit de praktijk. De wetgever besliste dit vanuit de idee om lichamelijke autonomie te kunnen garanderen voor de vrouw door geen opties te verwaarlozen, maar dit lijkt niet overeen te stemmen met de realiteit (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 103). Dit zaait alleen meer stigma en schuldgevoel, en kan in bepaalde gevallen zelfs erg kwetsen (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 27). Evenzeer staan jaarlijks slechts 20 tot 25 ouders hun kind af bij de geboorte in België. Deze elementen doen sterk twijfelen aan de noodzaak om deze informatie verplicht te delen (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 34). Overigens gebeurt deze informering over opvangmogelijkheden in de meeste centra niet meer wegens bovenstaande redenen, behalve bij vraag of als er geen optie tot abortus meer bestaat.

'Nee, zo adoptie en pleegzorg wordt vooral eigenlijk aangehaald als mensen er zelf naar vragen, maar ik moet zeggen dat ik dat in de praktijk zelf weinig meemaak. En dat wordt wel aangehaald over de zwangerschap die te ver is gevorderd en in het buitenland is er ook geen mogelijkheid meer, of het is misschien een mogelijkheid maar je hebt de financiële mogelijkheden niet om er naartoe te gaan.' – Respondent 1

123. Respondenten 1 en 2 hadden het hiermee ook moeilijk. Naast dat ze dit als zeer betuttelend ervaren, zouden ze dit vermelden zeer ongepast tot zelfs moreel onhaalbaar vinden.

'Dan kan je toch niet zeggen 'mevrouw, er bestaat ook nog de mogelijkheid dat u nu nog 8 maanden zwanger blijft, ongewenst, en daarna bevalt van een kind dat u nog 8 maand hebt gedragen, terwijl ze het niet wilt'. Ik vind dat moreel echt niet haalbaar.' – Respondent 2

4.3.4 Financieel aspect

124. De kosten en de regeling van betaling vormen ook onderdeel van de (supra)nationale context van abortus, dewelke een impact heeft op de toegankelijkheid (Coast et al., 2018, p. 206). Dit heeft een zeer grote invloed op vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep aangezien zij het meest kwetsbaar zijn binnen deze groep. Daarom heeft het groot belang om dit aspect te bespreken.

4.3.4.1 Voor 12 weken foetale zwangerschap

125. Vijf van de zeven abortuscentra in Vlaanderen hebben een overeenkomst met het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) op basis waarvan de patiënten de mogelijkheid hebben om een abortus te ondergaan aan het remgeld van de behandeling, namelijk €4,5 bij alle LUNA vzw centra (LUNA vzw I, z.d.)

4.3.4.1.1 Kwetsbare groep 1: vrouwen zonder mutualiteit

126. Om louter het remgeld te mogen betalen, moet je wel bij een ziekenfonds of mutualiteit aangesloten zijn en de bijdragen hiervoor betalen. Zo niet, moet de vrouw dit bedrag tussen €470 en €550 zelf dekken in een abortuscentrum en zelfs een hoger bedrag in een ziekenhuis. Vaker gaat het in dit geval over vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 119).

127. Vrouwen zonder mutualiteit, maar met legaal verblijf in België, kunnen zich beroepen op hulp van het OCMW. Op basis van artikel 60, §1 van de Wet betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn van 8 juli 1976 mag het centrum een sociaal onderzoek uitvoeren om te bepalen of dit noodzakelijk blijkt voor een waardig bestaan. Hiervoor heeft het centrum overeenkomstig artikel 21 van de Wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie een termijn van 30 dagen. Dit biedt een uitweg, maar niet voor iedereen: het OCMW oordeelt streng en de vrouwen hebben in beginsel een vast adres nodig. Daarnaast blijkt de termijn van 30 dagen in de praktijk zeer lang, waardoor sommige vrouwen nog voor de beslissing van het OCMW de wettelijke termijn overschrijden (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 120). Bovendien is er een gebrek aan een neutrale houding tegenover de cliënten zelf (Rosa vzw, z.d.).

128. Respondent 2 in het bijzonder getuigde dat privacy een groot probleem vormt bij vrouwen zonder Belgische nationaliteit of mutualiteit. Bepaalde bedrijven werken voor niet-Belgen met

een private verzekering, eerder dan via de mutualiteit. Dit leidt ertoe dat ze de abortus moet aangeven aan de verzekering, bewijs moet verstrekken, etc., opdat ze een terugbetaling ontvangt.

'En de laatste tijd krijg ik meer en meer mails, van 'kan je een echo doorsturen' omdat die verzekering dat vraagt. En dan zie je dat die privacy echt een issue wordt.' – Respondent 2

4.3.4.1.2 Kwetsbare groep 2: vrouwen zonder wettig verblijf in België

129. Personen die geen geldige verblijfsvergunning hebben, kunnen zich niet beroepen op deze procedure van het OCMW. De procedure van dringende, medische hulp kan wel een uitweg bieden. Dit dekt in beginsel alle preventieve en curatieve gezondheidszorg met doktersattest, dus ook abortus (Dokters van de Wereld België, 2022, p. 5). Er gelden vier voorwaarden, die het OCMW controleert in een sociaal onderzoek (Dokters van de Wereld België, 2022, p. 7):

- Onwettig verblijf in België;
- Verblijf op het grondgebied van het OCMW;
- Staat van behoeftigheid;
- Medische zorg behoeven met doktersattest (ADMH).

130. In de praktijk vormen zich problemen. Er bestaat namelijk vaak een taalbarrière. Overigens vraagt dit het delen van de ongewenste zwangerschap en blijkt uit de ervaringen van respondenten 1 en 2 dat het niet steeds evident is om tot daar te gaan en dit te vertellen.

'Namelijk dat die vrouw geen andere mensen moet gaan vertellen over haar situatie. Want die vrouwen moeten dus wel allemaal naar het OCMW om te gaan zeggen dat ze een abortus nodig hebben.' – Respondent 2

131. Daarbij controleert het OCMW mogelijke dekking in het land van oorsprong, wat leidt tot veel uitstel. Daarnaast vereisen bepaalde centra een vast adres ter controle van de tweede voorwaarde, wat een probleem vormt bij dakloosheid. Indien ze dit vast adres zelf moet bewijzen, blijkt dit uiterst moeilijk. Dit leidt tot vele weigeringen in hoofde van het OCMW. Dit bevestigde respondent 2 ook, waar ze een duidelijk verschil beleefde op basis van locatie:

'[...], als ik het dan vergelijk met de 18 jaar dat ik in Gent werkte, met de Oost-Vlaamse [...] OCMW's met Brusselse OCMW 's, niet gemakkelijk eh. Moeilijk bereikbaar, uitgeblust, veel te veel werk. De courage om er iets aan te doen of hun schouders er onder te zetten, je merkt echt, die mensen zijn overbelast. Die zien veel te veel miserie.'

132. Bij weigering of onmogelijkheid tot aanvraag moet de vrouw de behandeling zelf betalen, wat vaak niet kan. De procedure biedt dus geen garantie, verschilt sterk per centrum en duurt lang. Er gebeuren veel doorverwijzingen (met steeds het opstarten van een volledig nieuwe procedure) en soms moet deze met tot acht personen in gesprek gaan. Dit bevestigde respondent 3, dat de medische waarborg gepaard gaat met vele verschillende gesprekken, hulpverleners en instanties, wat leidt tot een langdradige procedure.

‘Ja, die ziet toch wel zes à acht mensen en heeft 10 gesprekken met verschillende hulpverleners en verschillende instanties. En dat het OCMW er ook zo lang over doet, want die hebben 30 dagen de tijd natuurlijk om een dossier goed te keuren, dat het echt een race tegen de klok wordt.’ – Respondent 3

133. Dit laatste leidt vaak tot een overschrijding van de wettelijke termijn van 12 weken. Hulpverleners komen in lastig pakket terecht, waarbij ze hulp willen bieden maar riskeren de patiënt in financiële problemen te brengen indien het OCMW uiteindelijk weigert. Alle respondenten bevestigen dat het zelf betalen van een bedrag tussen €470 en €550 voor velen niet mogelijk blijkt, zelfs met een afbetalingsplan.

‘Het gebeurt wel dat ze overgaan tot een afbetalingsregeling bij de [...] abortuscentra, maar dat zelfs nog, is dat soms eigenlijk te hoog gegrepen, dus vrouwen wachten dan soms.’ – Respondent 3

134. Een gebrek aan efficiëntie leidt tot veel tijdverlies, wat voor bepaalde vrouwen het verschil kan maken tussen een abortus kunnen ondergaan of ongewenst een kind moeten baren (Rosa vzw, z.d.). De regeling omtrent financiering van abortus richt zich op de gemiddelde Vlaamse vrouw, eerder dan aandacht te schenken aan alle vrouwen en hun individuele barrières in dit proces.

4.3.4.2 Na 12 weken foetale zwangerschap: reis naar Nederland

135. De praktijk toont aan dat abortus na 12 weken frequent alsnog gebeurt door vrouwen die gevestigd zijn in België, namelijk door naar Nederland te reizen om daar abortus te ondergaan. Vele centra adviseren dit zelfs aan een patiënt die de wettelijke termijn heeft overschreden. Dit kan overeenkomstig hun wet tot 24 weken foetale zwangerschap (Advies Raad van State, 2019, p. 22). Hoewel dit initieel een mooie uitweg lijkt, hangt er wel een zeer grote financiële last vast aan deze behandeling. Een abortus voor een Belg in Nederland kost tussen €900 tot €1.500, aangezien het ziekenfonds niet tussenkomt. Respondenten 1 en 2 bevestigden dat dit een grote drempel vormt.

‘En de barrière met Nederland blijft de prijs. Het ziekenfonds komt niet tussen. Wij zijn geïndexeerd, Nederland is geïndexeerd. Ondertussen is er al 1.200 euro nodig om in Nederland een behandeling te hebben.’ – Respondent 2

136. Daarbij leidt dit tot meer praktische kosten, zoals bijvoorbeeld de reiskosten naar Nederland, een overnachting, etc. Dit biedt dus geen toegankelijke uitweg voor sociaal kwetsbare vrouwen. Dit heeft een invloed op de toegankelijkheid van de behandeling in Nederland voor Vlaamse vrouwen (Van de Velde, 2019, p. 181). Respondenten 1 en 2 getuigden dat ze louter mensen kunnen doorsturen maar ze wel veel praktische problemen opmerken bij de eigenlijke uitvoering.

‘Ja, de trein nemen of je moet vervoer regelen, soms een overnachting want als je alleen bent en met de auto wilt rijden, moet je misschien toch diezelfde dag nog in Nederland blijven logeren. Dat zijn allemaal dingen die complex kunnen zijn, als je nog kinderen hebt thuis.’ – Respondent 1

137. Een abortus ondergaan in Nederland biedt dus vooral een uitweg voor vrouwen die zich reeds in een geprivilegieerde situatie bevinden en dit bedrag kunnen betalen.

4.3.5 Het strafrechtelijk karakter van het misdrijf abortus

4.3.5.1 Wettelijk doel

138. Ondanks de depenalisering en de verplaatsing van het misdrijf abortus naar een afzonderlijke wet, leidde de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking 2018 niet tot een decriminalisering, noch tegenover de arts, noch tegenover de patiënt (Vansweevelt, 2018, p. 224). In beginsel blijft dit een strafbaar feit overeenkomstig artikel 3 van de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 voor zover niet in overeenstemming met de wettelijke voorwaarden en algemeen opzet volstaat (Hof van Cassatie, 1992). De ratio legis hiervan is om de beschermende werking van de wettelijke voorwaarden te kunnen garanderen en het ongeboren leven te kunnen beschermen (Nys, 2020, pp. 74-76).

4.3.5.2 Praktische gevolgen

139. Niettemin toont onderzoek aan dat een strafrechtelijk verbod op abortus, afschrikkend werkt op vlak van de toegang tot het recht op abortus, overeenkomstig de mening van de Europese Commissie voor de Rechten van de Mens. Dit zou een ‘chilling effect’ hebben op de uitoefening (A, B & C t. Ierland, 2010). Echter merkten geen van de respondenten daadwerkelijk op dat het strafrechtelijke karakter van de abortus zou leiden tot een grotere drempel.

‘Maar vrouwen dan met een migratieachtergrond, of nog niet lang in België wonen en van een land komen waar het niet mag, dan vragen ze wel ‘mag dat hier wel?’. Maar meestal weten ze dat dat mag.’ – Respondent 2

140. Desalniettemin kan dit strafrechtelijk karakter het stigma in de hand werken en heeft abortuswetgeving een belangrijke symbolische functie, dewelke zich momenteel zeer afkeurend en afschrikkend opstelt tegenover abortus (Vansweevelt, 2018, p. 231).

4.4 Tijdsgebonden factoren aan abortus

4.4.1 Bewustzijn van de zwangerschap

141. Verschillende factoren kunnen een negatieve impact hebben op de ontdekking van de zwangerschap. Daarom schuift de literatuur enkele bijzonder factoren naar voren, die vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep raken (Foster & Kimport, 2013, p. 211). Daarnaast duiden alle respondenten op het feit dat bewustwording over je zwangerschap niet altijd even vanzelfsprekend is.

‘Ja, en ook al het weten of niet weten dat men zwanger is. Dat is ook niet zo vanzelfsprekend.’ – Respondent 3

4.4.1.1 Symptomen van zwangerschap

142. Onderzoek toont dat dit bewustzijn veel lager ligt bij jongere vrouwen zonder kinderen wegens een verminderde kennis over zwangerschapshormonen. Vrouwen die reeds zwanger waren, herkennen deze symptomen sneller en kunnen sneller een aanvraag doen (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 220). Overigens ervaren sommige vrouwen (quasi) geen typische symptomen, zoals misselijkheid of overgeven, waardoor ze de zwangerschap minder snel opmerkten of vallen deze samen met symptomen van andere gezondheidsproblemen zoals obesitas of buikgriep (Foster & Kimport, 2013, p. 210).

4.4.1.2 Anticonceptie

143. Het gebruik van anticonceptie kan een impact hebben op het bewustzijn van een zwangerschap. Bepaalde vormen leiden namelijk tot onregelmatige of (tijdelijk) geen menstruatie, waardoor het verlies van menstruatie als zwangerschapssymptoom onopgemerkt blijft. Daarbij veronderstellen veel vrouwen die anticonceptie gebruiken, dat ze niet zwanger kunnen worden en daarom minder letten op mogelijke symptomen, (Van de Velde 2019, p. 176) ondanks dat anticonceptie nooit 100% beschermt (LUNA vzw, 2020, p. 12). Het verband tussen laattijdige ontdekking en anticonceptie blijkt bestreden, aangezien sommige studies dit linken

aan latere aanmelding, terwijl andere studies hormonale anticonceptie linken aan vroegtijdige aanmelding (Van de Velde, 2019, p. 180).

4.4.1.3 Zwangerschapsontkenning

144. Bepaalde vrouwen lijden aan zwangerschapsontkenning, wanneer de zwangerschap gepaard gaat met schrijnende situaties zoals verkrachting, grote angst voor de reactie van hun omgeving, etc. (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 22). Niettemin kan dit ook in combinatie voorkomen met een gebrek aan duidelijke symptomen (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 221).

4.4.1.4 Confidentialiteit

145. Daarnaast ervaren, vooral jongeren, een verhoogde drempel om de zwangerschap door een arts te laten vaststellen, aangezien ze nog onder de ziekteverzekering van hun ouder staan. Indien er ook andere belemmeringen gelden in het gezin, zoals taboe over voorhuwelijks seksueel contact binnen bepaalde culturen of religies (zie *supra* 34, nr. 86), stellen ze de test soms uit of af. Daarbij bestaat er de angst dat artsen brieven met facturen of resultaten naar hun huis sturen, wat geheimhouding moeilijk maakt. Deze zaken leiden tot uitstel of zelfs afstel van een test (Nationale Evaluatiecommissie, 2018, p. 115).

4.4.1.5 Gevolgen van uitstel en/of afstel

146. Abortus bevindt zich binnen een wettelijk kader, met een beperkte termijn. Deze drempels in ontdekking van de zwangerschap kunnen het verschil maken tussen op tijd en te laat abortus aanvragen. Zeker in combinatie met de huidige, strikte termijn van 12 weken kan dit de toegang tot het recht op abortus in België onmogelijk maken voor sommigen, terwijl dit juist de groep uitmaakt die in trimester 2 nog een abortus wil. In een grootschalig onderzoek in de Verenigde Staten over laattijdige abortus en abortus in het tweede trimester, bleek namelijk dat 43% van de vrouwen die laattijdig abortus zochten in deze studie, niet beseften dat ze zwanger waren (Foster & Kimport, 2013, p. 313). Naast de meer algemene factoren, heeft confidentialiteit hierin een essentieel belang voor bepaalde vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, omdat sommigen een verhoogd stigma ervaren. Dit leidt tot meer vrouwen met een kwetsbaar profiel die laattijdig nog een abortus willen, stelt Van de Velde vast (2019, p.175 & p. 178) .

4.4.2 Financieel aspect: invloed op timing

147. Zoals reeds besproken, bestaat er een sterke overlap tussen vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep en vrouwen met een lagere socio-economische status. Een gebrek aan financiële middelen kan leiden tot een latere vaststelling van de zwangerschap. Dit kan ertoe leiden dat vrouwen die reeds in een meer (financieel) kwetsbare positie staan, in een vicieuze cirkel terechtkomen waarbij het verlaten van het proces door financiële drempels, juist tot meer financiële drempels leidt. Dit gebeurt bijvoorbeeld wanneer vrouwen in Vlaanderen niet direct de financiële middelen hebben om bij hun huisarts een zwangerschapstest af te leggen, waardoor de ontdekking verlaat en ze hierdoor buiten de wettelijke termijn vallen. Ze hebben onvoldoende middelen om tot in Nederland te gaan, maar door de initiële financiële drempel in de vaststelling was abortus in België geen optie meer (Upadhyay, 2022, p.1281).

4.4.3 Procedure OCMW: dringende medische hulp

148. In het bijzonder voor vrouwen zonder mutualiteit of legaal verblijf in België, speelt de timing van de abortus een doorslaggevende rol. Zij hebben geen zekerheid over de terugbetaling van de behandeling. Dit kan leiden tot een langdradige, bureaucratische procedure bij het OCMW. Deze groep binnen de vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroep ervaart een samenloop van twee barrières, namelijk een temporele en een financiële. Dit heeft een grote impact op de toegankelijkheid die zij hebben tot abortusdiensten in België. Respondenten 2 en 3 wezen op het feit dat deze procedure vaak leidt tot een zeer langdradige procedure met veel druk om dit op tijd rond te krijgen.

‘En dat het OCMW dat er ook zo lang over doet, want die hebben 30 dagen de tijd natuurlijk om een dossier goed te keuren, dat het echt een race tegen de klok wordt.’ – Respondent 3

5. Analyse en beoordeling van de mogelijke verbeteringen

149. Zoals het vorige hoofdstuk benadrukt, bestaat er veel ruimte voor kritiek met betrekking tot het abortusbeleid in België. Vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep blijven de dupe van de gebreken in het systeem. Daarom moet de wetgever aan hen bijzondere aandacht schenken bij de hervorming van de abortuswetgeving, zodat deze groep ook de facto gelijke toegang verkrijgt en dit leidt tot meer sociale inclusie (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 10).

5.1 Verlenging van de wettelijke maximumtermijn

150. Er bestaat al langer een consensus dat de huidige maximumtermijn te beperkt is. Wetsvoorstel Tillieux (2019) omvatte een uitbreiding naar 18 weken foetale zwangerschap (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 6) en de Raad van State heeft bij deze versoepeling zelfs geen opmerkingen geformuleerd (Advies Raad van State, 2019, p. 12). Er klinken ook stemmen tot langere termijnen tot 20, 22 of 24 weken. Er spelen veel belangen een rol in deze afweging.

5.1.1 Belangen van de vrouw

5.1.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

5.1.1.1.1 Emancipatie en recht op zelfbeschikking

151. Een uitbreiding van de wettelijke termijn raakt in de eerste plaats aan het belang van vrouwen om hun recht op zelfbeschikking te kunnen uitvoeren en hun recht op fysieke integriteit te kunnen garanderen. Op deze manier bestaat er meer ruimte voor vrouwen om te kunnen beslissen over hun eigen lichaam en leven. Zwangerschap en ouderschap hebben een grote impact op de positie van de vrouw in de samenleving en het wetsvoorstel zou de emancipatie van vrouwen zo nastreven (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 19). De Raad van State heeft overigens geoordeeld dat deze doelstelling legitiem en proportioneel is met de uitbreiding (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 19). Een uitbreiding weerspiegelt overeenkomstig het Parlementaire Comité de huidige, versterkte positie en autonomie van de vrouw in onze maatschappij. De vrouw heeft groot belang bij de juridische verankering van deze positie en het erkennen van het belang van zelfbeschikking en emancipatie binnen haar wetgeving omtrent reproductieve rechten (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 3). In het parlement waren 11 van de 13 academische en praktische experts voorstander van een uitbreiding tot minstens 18 weken foetale zwangerschap, wat getuigt tot enige steun voor deze uitbreiding (Verslag Eerste Lezing, 2018, p. 29).

152. Bovendien draagt meer vrijheid omtrent abortus bij to een gelijke vrijheid tussen mannen en vrouwen, op vlak van voortplanting en ouderschap (Wetenschappelijk Comité, 2023, p. 105).

5.1.1.1.2 Medisch verkeer naar Nederland

153. Daarnaast zou een uitbreiding een verbetering betekenen voor 3.4% van de ongewenst zwangere vrouwen die zich ieder jaar na 12 weken foetale zwangerschap aanbieden (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 228). Voor deze groep vrouwen zou het zeker hun belang dienen om deze termijn te verlaten, zeker de vrouwen in een meer kwetsbare (financiële of sociale) positie binnen deze groep. Na 12 weken gaat het vaak over meer complexe, psychosociale gevallen die meer nood hebben aan bescherming (Verslag Eerste Lezing, 2018, p. 28).

5.1.1.1.3 De gezondheidssituatie van de vrouw zelf

154. De gezondheidssituatie van de vrouw is één van de belangen die speelt bij het afwegen van de abortustermijn. Dit belang speelt in twee verschillende discussiepunten binnen het debat ter versoepeling van de abortustermijn.

155. Enerzijds moet de wetgever rekening houden met mogelijke risico's op de gezondheid van de vrouw bij het treffen van een grens, aangezien deze situatie zich duidelijk onderscheidt van een abortus om sociale redenen. De huidige wet reflecteert deze redenering. De belangen van de vrouw wegen zwaarder door dan die van de foetus in geval van gezondheidsrisico's, waar de belangen van de vrouw bij abortus om andere (sociale) redenen niet op absolute wijze doorwegen. Er moet dus aandacht blijven voor de individuele situatie (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 40).

156. Anderzijds bestaat er de vrees omtrent de gezondheid van de vrouw, dat een latere abortus zou leiden tot meer fysieke risico's en meer mentale last nadien (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 21). In vergelijking met een pilabortus of zuigcuretage, ervaren vrouwen nadien meer complicaties of moeilijkheden, zoals overmatige bloedverlies of een cervixscheur (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 60). Echter verantwoorden deze risico's niet het behoud van de huidige termijn. In het kader van gezondheidsrisico's als een gevolg van latere abortus, blijkt dat een abortus in goede omstandigheden slechts een miniem risico heeft op complicaties. Het behouden van zwangerschap gaat daarbij gepaard met risico's en mogelijke medische complicaties (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 36). Daarbij kan de wetgever deze risico's niet

vermijden, aangezien vrouwen hieraan evengoed blootgesteld worden indien ze naar Nederland gaan voor de behandeling (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 21).

5.1.1.2 Belangen van de vrouw uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

157. De belangen van vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep spelen in het bijzonder een grote rol bij de uitbreiding van de wettelijke termijn. Ze ervaren een samenloop aan omstandigheden die leiden tot een verminderde toegankelijkheid tot abortusdiensten, zoals stigma, minder sociale ondersteuning, etc., die leiden tot een verlating van het proces, waardoor de termijn hun in het bijzonder beperkt (Nationale Evaluatiecommissie, 2023, p. 131). Aan elementen zoals cultureel stigma of taalbarrières kan de wetgever an sich weinig veranderen, maar hij kan wel rekening houden door de marge te verbreden om de barrières te overkomen. Op deze manier kan de wetgever zorgen voor een inclusieve en gelijke toegang tot abortusdiensten, zonder ‘race tegen de klok’ voor de meest kwetsbare vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, zoals vrouwen zonder mutualiteit of legaal verblijf (zie *supra* 48, nr. 132).

158. Bovendien blijkt toegang tot reproductieve rechten zeer belangrijk om andere grondrechten te kunnen uitoefenen. Daarom heeft deze groep vrouwen veel belang bij deze versoepeling om te vermijden dat een gebrek aan toegang tot abortusdiensten hun kwetsbare situatie versterkt (Van de Velde, 2019, p. 68 en 180).

5.1.2 Belangen van de foetus

159. De Belgische rechtsorde hanteert een progressieve bescherming van de foetus, gebaseerd op de afweging van het recht op leven en de belangen van de vrouw. Zowel het Belgische recht als het internationale mensenrecht plaatst de foetus niet op gelijke voet met een persoon, noch erkennen deze de absolute bescherming van het leven tegenover de foetus (zie *supra* 29-30, nr. 69-71). Desondanks bestaat er wel de consensus dat de foetus een bepaalde bescherming verdient waarmee de wetgever rekening moet houden bij het opstellen van abortuswetgeving (Coene & Bollen, 2013, p. 67).

160. Het niveau van ontwikkeling kan de wetgever een maatstaf bieden om de afweging te maken tussen de belangen van de foetus en de vrouw. Hierbij spelen mijns inziens vooral twee elementen die aan de belangen van de foetus raken.

161. Ten eerste speelt het niveau van levensvatbaarheid waarmee de wetgever rekening moet houden. Er bestaat geen consensus over wanneer deze juist valt, al stellen de meeste auteurs overeenkomstig het onderzoek van het Wetenschappelijk Comité dat deze op 22 of 24 weken foetale zwangerschap valt (II, 2023, p. 110). De Wereldgezondheidsorganisatie zegt dat deze ten vroegste op 20 weken foetale zwangerschap valt (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 20). De parlementaire debatten omtrent wetsvoorstel Tillieux bespraken deze grens ook, waarbij de termijn tot 18 weken eigenlijk nog minstens 2 weken voor de minimale termijn van levensvatbaarheid valt (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 9). Sommigen meenden dat de foetus rond 18 weken al tekenen van leven kunnen tonen, maar hiervoor bestaat weinig bewijs (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 19).

162. Desalniettemin spelen de belangen van de foetus naarmate de zwangerschap vordert een belangrijkere rol. Wegens morele en ethische redenen, zou abortus bij een ongeboren vrucht die eigenlijk al zou kunnen overleven, best beperkt blijven tot zeer uitzonderlijke gevallen met het oog op de belangen van de foetus. Hierbij moet de wetgever de belangen van de vrouw afwegen tegenover die van de foetus, waarbij dit proportioneel moet zijn met het doel. Dit evenwicht kan anders liggen naarmate de reden tot abortus, zoals bijvoorbeeld de gezondheidstoestand van de vrouw (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 114).

163. Ten tweede speelt de pijnervaring van de foetus een rol in de belangenafweging (Foster & Kimport, 2013, p. 210). Algemeen gesproken speelt dit belang slechts mee vanaf ten vroegste 22 weken foetale leeftijd, aangezien de foetus overeenkomstig de huidige stand van de wetenschap slechts vanaf dan ten vroegste pijnperceptie kan ervaren (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 30). Ondanks het feit dat een foetus niet dezelfde bescherming geniet als een mens, heeft deze wel morele en juridische beschermwaardigheid en zou ik dit vanuit ethisch standpunt als belangrijke grens beschouwen (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 109).

5.1.3 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners

164. De centra zelf hebben al meermaals een duidelijk signaal geuit over een verlenging van de wettelijke termijn. LUNA vzw, een overkoepelende organisatie voor vijf abortuscentra in Vlaanderen, is voorstander van de uitbreiding omdat ze de vrouwen die zich te laat aanbieden, vaak in schrijnende situaties, willen helpen (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 13).

165. Echter verloopt een abortus na 12 weken foetale zwangerschap op een andere wijze dan dat de centra momenteel aanbieden. Dit heeft eerst grote logistieke wijzigingen aan hun organisatie zoals mogelijkheid tot volledige verdoving en overnachting (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 30), maar hiermee kunnen ze pas starten vanaf dat de wetgever de termijn versoepelt (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 7).

166. Een oplossing die de coördinator van de LUNA vzw centra suggereert, bestaat uit het inrichten van één centrum met de apparatuur voor behandelingen na 12 weken. Dit zou volstaan, aangezien het aantal abortussen na 12 weken slechts een beperkt aantal omvat (PL, 2018). Dit vraagt wel voldoende fysieke en psychologische omkadering die een last kunnen betekenen voor de centra (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 9).

167. Een andere oplossing die in het parlement naar voren kwam, was om abortus na 12 weken foetale zwangerschap steeds onder de bevoegdheid van ziekenhuizen te brengen omdat deze reeds de nodige apparatuur en logistieke ondersteuning hebben (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 21 & p. 31). Het Wetenschappelijk Comité benadrukt wel dat dit kan leiden tot overbelasting en dat dit best gepaard gaat met onderlinge communicatie om transfers te kunnen bewerkstelligen (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 30).

168. Desondanks zal een uitbreiding van de abortustermijn een vergrootte druk betekenen tegenover de abortuscentra en/of de ziekenhuizen, waardoor de wetgever hun belangen in rekening moet brengen. Doch gaat het jaarlijks om een 400 tot 1.000 vrouwen die naar Nederland trekken, dus de impact lijkt overeenkomstig het Wetenschappelijk Comité beperkt (I, 2023, p. 46). Daarnaast moet, binnen het kader van dit onderzoek, ook aandacht blijven voor vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep die reeds in een kwetsbare positie staan. Een hogere prijs voor abortus door een ziekenhuisbezoek of slechts één centrum dat deze behandeling aanbiedt (en mogelijk dus een verder vervoer vereist), kan een belangrijke drempel betekenen voor deze groep, die vaker te maken krijgt met stigma, gebrek aan disclosure in hun omgeving, etc.

5.1.4 Belang van de algemene maatschappij

5.1.4.1 Selectie op basis van geslacht

169. Echter spelen er ook elementen die aan het algemeen belang raken. Een termijn boven 16 weken foetale zwangerschap, betekent dat ouders reeds het geslacht van de foetus kunnen weten. Dit zet mogelijk de deur open voor selectie op basis van geslacht, wat de positie van de vrouw juist kan verzwakken. Echter bestaat er momenteel reeds de mogelijkheid om op basis van een NIPT-test vanaf 7 weken foetale zwangerschap het geslacht te weten waardoor het behoud van de termijn van 12 weken biedt geen effectieve bescherming tegen deze praktijk (De Meyer & De Mulder, 2021, pp. 17-18). Momenteel gebeurt dit al in Brusselse ziekenhuizen. Wie echt wil selecteren op basis van geslacht, kan dit al (Van Assche, 2017, p. 310). Het behouden van de termijn zal dus geen reële impact hebben op de preventie van deze praktijk (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 114).

5.1.4.2 Abortus als alternatief voor anticonceptie

170. Een vrees binnen het parlement was dat een versoepeling van de abortustermijn zou kunnen leiden tot misbruik van de procedure als een vorm van anticonceptie. Naast dat dit een invloed heeft op het algemeen belang, kan dit leiden tot meer (nodeloze) belasting van de centra, klinken sommige stemmen uit het parlement (Verslag Tweede Lezing, 2019, pp. 6-7). Onderzoek zelf daarentegen toont aan dat meermaals, kort na elkaar abortus ondergaan, eerder voortvloeit uit problemen met de anticonceptiemethode, dan het gebruik van abortus als een vorm van anticonceptie (Hoggart et al., 2017, p. 6). Overigens tonen cijfers uit Nederland dat een verlenging van hun abortustermijn niet leidde tot een opmerkelijke stijging van hun abortuscijfer, door een goed preventiebeleid (Inspectie voor gezondheidszorg, 2011, p. 17). Hoewel deze zaken nooit met volledige zekerheid vooraf kunnen worden voorspeld, lijkt de angst tot banalisering niet gegrond mijns inziens.

5.1.4.3 Verlating van abortusbehandelingen

171. Een andere bezorgdheid die aan het algemeen belang raakt, omvat de vrees dat een verlenging van de abortustermijn zou leiden tot een verlating van de behandelingen. Dit heeft namelijk een impact op de ernst van de behandelingen, de risico's, maar ook op het algemeen belang. Het Wetenschappelijk Comité stelt vast dat abortus best zo snel mogelijk gebeurt, om medische en psychologische redenen (I, 2023, p. 4) Cijfers uit Nederland tonen aan dat een langere termijn niet leidt tot een meer lakse houding: slechts 19.7% van de abortussen gebeurt in het tweede semester, waarvan de grote meerderheid tussen 12 en 16 weken foetale

zwangerschap, waaronder veel zwangerschapsafbrekingen wegens maternale of foetale indicatie (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 13).

5.1.4.4 Wettelijk evenwicht

172. Tot slot ondermijnt de huidige praktijk, waarbij Vlaamse vrouwen naar Nederland reizen, de wetgevende macht. De wetgever stelt een evenwicht tussen alle betrokken belangen in haar wetgeving en voorziet deze procedurele waarborgen in het belang van de betrokken actoren. Momenteel geeft de wetgever zijn eigen macht uit handen (Van de Velde et al., 2019, p. 180). Diegene in nood moeten steunen op de wetgeving van ons buurland, en zo heeft de wetgever geen macht meer over haar eigen onderdanen (alsook over mogelijke procedurele waarborgen en bescherming die gelden).

5.1.5 Welke termijn dan?

5.1.5.1 Termijn op 18 weken foetale zwangerschap

173. Over de verlenging van de wettelijke termijn tot 18 weken, bestaat weinig discussie. Het doel van de emancipatie wordt op deze manier bereikt, op een proportionele wijze met de andere belangen die spelen. Hiermee ging de Raad van State akkoord (Verslag Raad van State, 2019, p. 12). Er bestaat tevens een politieke meerderheid hiervoor, ondanks dat het wetsvoorstel niet werd gestemd, wat duidt op politieke bereidheid voor dit voorstel. Desondanks betekent dit wel dat er nog 6 weken zwangerschap voorkomt waarin vrouwen naar Nederland moeten reizen om een abortus te ondergaan en deze wijziging maakt dus geen einde aan deze praktijk. Meer kwetsbare vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep zullen dus nog steeds in bepaalde mate sociale uitsluiting ervaren. Diegenen die zich na 18 weken aanmelden, moeten alsnog naar Nederland en dit lukt niet voor iedereen. Een maximumtermijn op 18 weken foetale zwangerschap zou 80% van de vrouwen kunnen helpen (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 16).

5.1.5.2 Termijn op 20 weken foetale zwangerschap

174. Deze langere termijn zou het evenwicht iets meer leggen bij de belangen van de vrouwen, in het bijzonder de vrouwen in de meer kwetsbare situaties die meer risico lopen op laattijdige aanmelding. Hierbij raakt deze termijn nog niet aan de grens van de pijnperceptie. Deze raakt ook net niet aan de wetenschappelijke consensus overeenkomstig de Wereldgezondheidsorganisatie, dat de levensvatbaarheid ten vroegste op 20 weken start en accommodeert vrouwen dus maximaal (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 20). Deze termijn vormt mijns inziens een proportionele oplossing tegenover de belangen van de foetus (Verslag

Tweede Lezing, 2019, p. 22). De grote meerderheid van het Wetenschappelijk Comité ging met deze termijn akkoord, om zo de praktijk van het medisch verkeer zo veel mogelijk op te lossen en om een betaalbare, veilige en gelijke abortus te kunnen aanbieden voor iedere vrouw (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 28). Deze termijn zou wel betekenen dat 90% van de vrouwen die zich nu te laat aanmelden geholpen kunnen worden, in tegenstelling tot 80% bij een maximumtermijn van 18 weken. Dit lijkt me daarom een meer evenwichtige termijn tussen zoveel mogelijk vrouwen helpen, zonder disproportionele schending van de belangen van de foetus (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 214). Alle respondenten waren het erover eens dat een langere termijn van minstens 18 weken al een grote hulp zou bieden aan meer kwetsbare vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep, zeker omdat dit vaak bijzonder schrijnende situaties betreft.

‘Vrouwen die een abortus nodig hebben, die gaan dat doen. Het is niet voor niets dat ze dat vragen. Zeker niet als ze al 16, 17, 18 weken ver zijn, dan is het zeker niet voor niets en dan is het zeker met een reden.’ – Respondent 2

5.1.5.3 Termijn op 22 of 24 weken foetale zwangerschap

175. Er klinken tevens stemmen voor een langere termijn van 22 of zelfs 24 weken foetale zwangerschap, waar deze laatste vooral tracht de gehele problematiek van medisch verkeer naar Nederland op te lossen (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 30). Ondanks dat dit het recht op zelfbeschikking maximaal beschermt, lijkt dit mij gezien de wetenschappelijke onzekerheid over de grens van levensvatbaarheid geen evenwichtige balans tussen de geldende belangen. De meest gunstige onderzoeken (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 111) kunnen deze termijnen verantwoorden maar er bestaat mijns inziens te veel onzekerheid om 22 of 24 weken te kunnen verantwoorden. Dit betekent dat nog 10% of 20% van de vrouwen die zich momenteel te laat aanmeldt geen oplossing heeft.

176. Respondenten 2 en 3 meenden dat een termijn van 20 weken niet zal volstaan in de praktijk. De problematiek van vrouwen die naar Nederland moeten trekken voor een abortus, zou de wetgever zo slechts gedeeltelijk oplossen.

‘Voor mij lijkt dezelfde termijn voor Nederland, de meest pragmatische oplossing. Dan moeten we niemand nog naar Nederland sturen. Zolang we nog vrouwen naar Nederland moeten sturen, dan gaan we vrouwen die in de problemen zitten naar Nederland moeten sturen.’ – Respondent 2

5.1.6 Tussenconclusie: uitbreiding tot 20 weken foetale zwangerschap

177. Op basis van alle belangen, lijkt 20 weken mijns inziens het beste evenwicht te bieden tussen maximale emancipatie en inclusie van vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, zonder de belangen van de foetus te schaden. Een belangrijke voetnoot in deze discussie over de termijn: er blijft altijd een bepaald niveau van willekeur in het vaststellen van deze termijn. De geneeskunde stelt geen eenduidig kantelpunt voorop, waardoor de wetgever zich moet baseren op het vormen van een faire balans tussen alle betrokken belangen. Desondanks lijkt me dit een grote stap vooruit, zeker met het oog op de belangen van vrouwen in een kwetsbare situatie (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 244).

5.2 Afschaffing en/of verkorting van de wettelijke wachttermijn

5.2.1 Belangen van de vrouw

5.2.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

5.2.1.1.1 Emotionele last

178. Momenteel geldt er op basis van de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 een verplichte wachttermijn van 6 dagen. Het hanteren van deze voorwaarde schaadt de belangen van de vrouw, omdat deze zeer paternalistisch en betuttelend overkomt en ingaat tegen de zelfbeschikking van de vrouw. Hoewel bepaalde vrouwen meer tijd nodig hebben voor een beslissing, blijkt de wettelijk opgelegde termijn te rigide en emotioneel zeer belastend voor velen te zijn (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 62). Overigens leidt dit tot een verlating van de abortus en meer abortussen in het 2^{de} trimester (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 62 & p. 164). Dit kan ertoe leiden dat vrouwen, naast de psychische last, ook steeds later een abortus ondergaan, wat onvermijdelijk leidt tot meer complicaties (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 20).

5.2.1.1.2 Autonomie en emancipatie

179. De idee dat de wetgever een vrouw tegen zichzelf en haar eigen keuzes moet beschermen, gaat lijnrecht in tegen de belangen van emancipatie en autonomie van de vrouw. Deze redenering of bescherming geldt overigens voor geen enkele andere medische behandeling, louter tegenover deze behandeling met quasi enkel vrouwelijke patiënten. Met het oog op gendergelijkheid en het verbeteren van de positie van de vrouw, zou het loslaten van deze termijn de belangen kunnen dienen (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 64). De noodzaak om een bescherming in te plannen, blijkt laag omdat er in vergelijking met andere

behandelingen juist een kleinere onzekerheid bestaat over de keuze om de behandeling te ondergaan (Sisson et al., 2016, p. 141). Alle respondenten deden de vaststelling dat vrouwen die uitdrukte een abortus te willen, zeer vastberaden overkwamen, reeds vooraf een keuze hadden gemaakt en hierover goed hadden nagedacht.

‘Ja want eigenlijk kan je zeggen dat het een beetje paternalistisch is dat wij beslissen hoe lang je moet wachten tot je een abortus hebt maar eigenlijk weten vrouwen dat zelf wel hoeveel tijd ze daarvoor nodig hebben, want er is al heel vaak een duidelijke beslissing bij het maken van dat telefoontje, om dat eerste contact in te plannen.’ – Respondent 1

180. De belasting die vele vrouwen hierdoor ervaren, staat niet in verhouding met het doel dat de wetgever tracht te bereiken. Vanuit het belang om de positie van de vrouw te versterken en een blijk van vertrouwen te tonen in haar eigen beslissingen, lijkt minstens een versoepeling van de termijn essentieel. Overigens dwingt een versoepeling of afschatting van de wachtermijn niemand om binnen een bepaalde termijn een beslissing te maken, maar biedt het vrouwen de vrijheid om zelf in te schatten hoeveel tijd ze nodig hebben (Vansweevelt, 2018, p. 227). De praktijk en de literatuur (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 64) tonen namelijk aan dat vrouwen dit zelf kunnen beslissen en aangeven.

‘Ik heb nog niemand gezien, die nog niet nagedacht had. Ik zie niet in welke voordelen dat zou bieden. Als het gaat over ‘misschien is het ook belangrijk en goed om er een nachtje over te slapen’. Dat is misschien wel waar, maar ze kan dat zelf beslissen en dat hoeft niet van bovenaf opgelegd te worden. [...] Die komen na 3 weken van ‘ik heb mijn beslissing genomen’, kan ook eh? En dat toont dat vrouwen echt wel zelf kunnen beslissen en dat er daar geen van bovenaf opgelegde termijnen nodig zijn.’ – Respondent 2

5.2.1.1.3 Informatie doen bezinken

181. Enkele artsen uit de praktijk zijn wel voorstander van het behoud van een wettelijke wachtperiode. Zeker bij uitbreiding van de wettelijke termijn gaat de keuze gepaard met een medisch en psychologisch complex proces. De termijn zal de keuze mogelijk niet wijzigen, maar bepaalde artsen menen dat deze periode wel een vorm van rust kan brengen (Brants, 2020). Een eerste consultatie en een periode tot bezinning nadien zorgt daarbij voor minder angst en stress in hoofde van de patiënt (Advies Raad van State, 2019, p. 13).

182. Waar de andere twee respondenten geen voordeel zagen in een verplichte wettelijke wachttermijn, leek het respondent 1 wel een bepaald nut te dienen.

‘Voor veel vrouwen misschien helemaal niet, maar voor kwetsbare vrouwen, als het dan gaat over psychische kwetsbaarheid, dat als het allemaal zo snel gaat, dat je misschien dan toch achteraf meer moeite hebt om het een plaats te geven’ – Respondent 1

183. Hoewel een moment van bezinning voor sommigen nut kan bieden, legt het ontbreken aan een wettelijke termijn geen verplichting op aan de vrouw zelf en kan ze alsnog op zelfstandige basis beslissen hoe lang ze wacht. Centra en ziekenhuizen hebben zelden direct een afspraak beschikbaar en bij de behandeling moet een patiënt steeds premedicatie nemen. De procedure zelf en de agenda van de centra en het ziekenhuis, leiden er quasi steeds toe dat een abortus op dezelfde dag gewoonweg niet mogelijk is. Er zal dus steeds, net zoals bij andere medische behandelingen, een marge ontstaan tussen de eerste consultatie en de eigenlijke behandeling. De nood om dit wettelijk vast te leggen, en nodeloos vrouwen in hun eigen keuze te paternaliseren, lijkt klein omdat dit in de praktijk al gebeurt door praktische en logistieke omstandigheden. Op deze manier kan de wetgever abortus steeds meer als iedere andere behandeling bekijken en zo gelijkheid tussen mannen en vrouwen stimuleren (De Meyer & de Mulder, 2021, p. 25).

5.2.1.2 Belangen van de vrouw uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

5.2.1.2.1 Toegang tot abortus

184. De wachttermijn blijkt ook voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep een zware belasting te betekenen. Dit leidt tot verminderde toegankelijkheid, zeker indien deze vrouwen reeds problemen hebben met betrekking tot confidentialiteit of vervoer (Coast et al., 2018, p. 206). Het dient het belang van deze groep om aandacht te hebben voor de ervaren barrières en om deze in de mate van het mogelijke weg te halen, om zo de toegankelijkheid te vergroten (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 22).

5.2.1.2.2 Beschermende werking

185. Voorstanders van het behoud van de wachttermijn baseren zich vaak op de belangen van vrouwen in een sociaal of financieel meer kwetsbare positie, om hen te beschermen en informeren. Enkele artsen getuigden bijvoorbeeld dat ze deze termijn belangrijk vonden om zo de vrije keuze van vrouwen te kunnen garanderen (Brants, 2020). Dit stemt niet overeen met de ervaringen van de respondenten, of onderzoek (zie *supra* 43, nr. 116).

186. Ook de wetgever beoogde om vrouwen zo te behoeden voor druk van derden. Niettemin bestaat er geen bewijs dat een wettelijke wachttermijn daadwerkelijk een effectief middel biedt tegen deze druk. Hoewel een bescherming zeer belangrijk is, zeker voor diegene met bijzondere kwetsbaarheid, meenden zowel respondent 2 als respondent 3 dat de procedure bij een abortuscentrum reeds deze beschermende werking heeft.

‘Komt ook bij, dat is wel een hele belangrijke [...] dat men daar in een abortuskliniek ook niet zo lichtzinnig mee omgaat. Jij gaat nog twee gesprekken hebben, je hebt nog twee gesprekken. Dus als er in die gesprekken die je hebt in de abortuskliniek zelf, als het personeel daar echt denkt van ‘die persoon twijfelt nog veel te erg’ dan zeggen zij van ‘We gaan het vandaag niet doen’.’ – Respondent 3

187. Het doel van bescherming en de belangen van meer kwetsbare vrouwen staat bij een lange wachttermijn van 6 dagen niet in verhouding met de belangen van de grote meerderheid van vrouwen die de termijn soms als ‘een hel’ ervaren (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 23).

5.2.2 Belangen van de foetus

188. De belangen en bescherming van de foetus vormen de achterliggende motivatie voor de wettelijke wachttermijn. De wetgever trachtte hiermee de foetus te beschermen tegen een impulsieve beslissing (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 22). Recente cijfers van de Nationale Evaluatiecommissie (2023) tonen echter aan dat de wachttermijn niet leidt tot meer bescherming van de foetus, noch een impact heeft op de beslissing maar vooral leidt tot een loutere verlating van de behandeling (zie *supra* 43, nr. 117). 2 van de 3 respondenten sloten zich hierbij aan en wilden de wachttermijn integraal afgeschaft zien bij gebrek aan een reële impact en omdat dit betuttelend overkomt. Respondent 1 had echt enige twijfels, zeker tegenover diegenen die psychologisch kwetsbaar zijn.

‘Niet per se dat je beslissing anders hoeft te zijn, maar gewoon zodat alle informatie die je hebt gekregen wat tijd hebt kunnen geven om het te laten zaken, tijd om nog eventueel vragen op te lijsten of zo. [...] Voor veel vrouwen misschien helemaal niet, maar voor kwetsbare vrouwen, als het dan gaat over psychische kwetsbaarheid, dat als het allemaal zo snel gaat, dat je misschien dan toch achteraf meer moeite hebt om het een plaats te geven.’ – Respondent 1

189. Desondanks bevestigden respondent 1 en 2 dat ze slechts zeer uitzonderlijk te maken hebben met personen die nadien spijt hebben van hun abortus. Vaak gaat het eerder om verdriet of verwarring.

'Verdriet dat wel eh, het is geen leuke ervaring. Niemand wilt dat meemaken. Dus ja wel verdriet, maar ik denk niet dat er veel echt verdriet is. Ongeveer 1/4 van de vrouwen die hier komen, zijn hier al eens geweest of hebben elders een abortus gehad en hebben daar geen spijt van.' – Respondent 2

5.2.3 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners

190. Een ander element waarmee de wetgever rekening moet houden, betreft de bijkomende druk die centra of ziekenhuizen kunnen ervaren bij een afschaffing of inkorting. Dit kan leiden tot meer druk op de organisatie, vreesde vooral respondent 2.

'Ze moet 48 uur wachten, zaterdag werken we niet, dus ze moet tot maandag wachten. Dan gaat ze zeggen 'zeg waarom moet ik tot maandag wachten?'. Terwijl als het geen wachttijd is, mevrouw komt op donderdag en we zeggen 'oké op vrijdag zijn er geen plekken, op maandag wel. Is het goed op maandag?' dan zegt ze 'oké is het is goed op maandag'. Het is een ander gevoel eh?'

191. Overigens bleken respondent 2 en 3 voorstander te zijn van een volledige afschaffing. Dit geeft blijk van meer vertrouwen naar de hulpverleners zelf om een inschatting te maken over een situatie en de mate waarin de patiënt zekerheid uit over de beslissing (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 24).

5.2.4 Welke termijn?

192. De meeste rechtsleer en literatuur is het eens dat een termijn van 6 dagen niet in verhouding staat met het doel. Over de alternatieve regeling bestaan er verschillende visies. Wetsvoorstel Tillieux (2019) stelt 48 uur voor, waar het Wetenschappelijk Comité pleit voor ofwel geen wettelijke wachttermijn, ofwel een wachttermijn tot de volgende dag (I, 2023, p. 22).

193. De initiële afweging die een wetgever moet maken, is de keuze tot een beperkt behoud of afschaffing van de wettelijke wachttermijn. De belangen die hierbij spelen, omvatten hoofdzakelijk elementen die een impact hebben op de vrouwen zelf, waarbij dit om een zeer gevarieerde groep gaat. Waar de ene vrouw een wachttermijn nodig heeft, zal de andere direct de behandeling willen. Daarbij vormt deze bijkomende voorwaarde een barrière voor vrouwen in een kwetsbare situatie, zoals een etnisch-culturele minderheidsgroep (Joyce et al., 2009, p. 2 & p. 11). Een gevarieerde groep behoeft een soepele aanpak en de idee van bescherming van de vrouw op dit punt getuigt van een paternalistische visie tegenover deze behandeling die bijna uitsluitend door vrouwen wordt ondergaan. Met het oog op het versterken van de positie van de vrouw en gendergelijkheid, lijkt het me de beste optie om de wachttermijn volledig af te

schaffen. Zo geeft de wetgever de vrouw de volle autonomie over haar lichaam en dit geeft ook een (symbolische) blijk van vertrouwen in haar keuze. Het gevoel van de vrouwen zelf primeert voor mij op het gevoel van de hulpverlener zelf. Het Wetenschappelijk Comité sluit zich hierbij aan (I, 2023, p. 22). Daarbij ontstaat er wegens praktische redenen steeds een de facto wachttermijn tussen de eerste en tweede consultatie. De respondenten bevestigden dat er inderdaad een buffer bestaat tussen de consultaties door de agenda, de maximumcapaciteit, de nood tot premedicatie, etc.

'In de praktijk zal dat zo niet gaan, want alleen al het feit dat ze voor zo 'n zuigcurettage al premedicatie neemt.' – Respondent 2

5.2.5 Tussenconclusie: afschaffing wachttermijn

194. Binnen de huidige realiteit lijkt integraal afstand doen van de wachttermijn van 6 dagen de enige verdedigbare optie. Hoewel er vele verschillende visies bestaan over het alternatief, lijkt het geheel afschaffen van een wachttermijn mij de meest wenselijke optie, met het oog op volledige autonomie en de belemmering tot toegang die vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep ervaren. Overigens stemt dit het meeste overeen met de realiteit, waarin vrouwen over het algemeen zeer vastberaden deze beslissing maken, zelden spijt hebben en zelf hun behoeften kunnen aangeven. De twijfelachtige houding vanuit sommigen in de praktijk is begrijpelijk wegens de ernst van de behandeling maar stemt niet overeen met het gevoel van de vrouwen in kwestie.

5.3 Wijziging van de wettelijke informatieplicht

195. De Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 voorziet verschillende wettelijke informatieplichten in hoofde van de arts en/of andere hulpverleners. Naast de medisch noodzakelijke informatie, zoals de risico's en uitleg over de behandeling, hebben vooral de informatieplicht omtrent anticonceptie en adoptie een impact op de positie van de vrouw van een etnisch-culturele minderheidsgroep

5.3.1 Belangen van de vrouw

5.3.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

5.3.1.1.1 Informatieplicht anticonceptie

196. Volgens recente cijfers uit 2021, gebruikte 44% van de vrouwen die abortus onderging geen anticonceptie om tal van redenen, zoals weigering door de partner, veronderstelde onvruchtbaarheid, etc., maar soms ook wegens gebrek aan kennis of toegang (Nationale

Evaluatiecommissie, 2023, p. 37). Preventie heeft ook een belangrijke rol in een effectief abortusbeleid. Meer informering rond anticonceptie kan waardevolle meerwaarde bieden, zeker omdat deze behandeling vaak een katalysator vormt om anticonceptie te beginnen gebruiken of wijzigen (Jacobs, 2022, p. 23). Desondanks gebruikt de meerderheid wel anticonceptie en een gebrek aan anticonceptie hangt niet steeds samen met een gebrek aan kennis. Daarnaast blijkt uit systematisch onderzoek dat deze informering in de procedure van abortus weinig impact heeft op het anticonceptiegebruik (Langston et al., 2010, p. 267). De belangen van vrouwen in het algemeen liggen dus niet op één lijn en daarnaast zijn er zeer uiteenlopende meningen in de rechtsleer en praktijk hierover. Het rapport van het Wetenschappelijk Comité pleit voor een behoud (I, 2023, p. 68), maar het Wetsvoorstel Tillieux (2019) schaft dit af en brengt dit onder een meer algemene informatieplicht (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 6).

5.3.1.1.2 Informatieplicht adoptie

197. Over de informatieplicht omtrent adoptie en de opvangmogelijkheden bestaat er een algemene consensus en schaft wetsvoorstel Tillieux (2019) dit af. De rechtsleer en de praktijk staan zeer negatief tegenover deze verplichting, wegens haar moraliserend en stigmatiserend karakter. Dit geeft blijk van wantrouwen in de beslissing van de vrouw en kan een schuldgevoel opwekken, wat de keuzevrijheid schaadt. Tot slot kan dit zeer kwetsend overkomen, want de redenen voor abortus zijn vaak complex (De Meyer & De Mulder, p. 27). Bovendien zou dit zelfs, naast het vergroten van de taboesfeer, iemand met een vaste keuze aan het twijfelen kunnen brengen en zo hun keuzevrijheid beïnvloeden (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 162). Respondent 1 en 2 bevestigden dit, alsook dat ze deze plicht niet meer toepassen.

'Ik denk moesten wij dat standaard doen, dat dat misschien ook een rem is om open te vertellen, om openlijk uw verhaal te vertellen of zo. Ja, want wil je dat de zwangerschap stopt of een hele zwangerschap uitdragen, bevallen en uw kind afstaan ter adoptie is wel echt iets helemaal anders.' - Respondent 1

5.3.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

198. Deze groep heeft over het algemeen minder toegang tot anticonceptie. Afhankelijk van de individuele context en culturele achtergrond, ligt dit aan bijvoorbeeld, een vergroot stigma rond seksualiteit of seksueel contact voor het huwelijk, wat leidt tot minder (kwalitatieve) informatie en toegang tot anticonceptie (zie *supra* 34, nr. 86) (Vandamme, 2019, p. 83). Deze informatieplicht heeft mogelijk in mindere mate nut voor de gemiddelde vrouw die reeds voldoende kennis heeft, maar kan wel een groot belang hebben bij de meer kwetsbare vrouwen om correcte informatie te verkrijgen.

5.3.2 Algemeen belang: preventiebeleid

199. De informatieplicht over anticonceptie dient het algemeen belang. Op deze wijze kunnen de centra bijdragen aan een efficiënt preventiebeleid, om ongewenste zwangerschappen in de eerste plaats te vermijden (Verslag Tweede Lezing, 2019, p. 16). Alle respondenten uitten zich positief tegenover het behoud van deze informatieplicht, met flexibele invulling.

‘Ja, want ik denk wel als het dan gaat over: niemand wil graag een 2de of een 3de keer of een aantal keer een abortus. Dus ja, als je het kan voorkomen dan, vind ik het wel belangrijk om daar informatie over te geven, maar inderdaad op maat van de vrouwen en waaraan zij behoefte heeft’ – Respondent 1

200. Deze informatieplicht bevindt zich in een breder preventiebeleid, ook vanuit de centra zelf. Na deze behandeling van een zuigcurettage, bestaat namelijk de mogelijkheid om tijdens dezelfde afspraak een spiraaltje, hormonaal staafje of prikpil te krijgen, indien gewenst, om onmiddellijke bescherming te bieden tegen zwangerschap. Respondenten 1 en 2 merkten overigens dat vele vrouwen, ook van een etnisch-culturele minderheidsgroep, hierop beroep doen om snel mentale rust te verkrijgen.

‘Ja, er worden heel veel spiraaltjes geplaatst. Want dat is ook zo wel iets waar veel mensen op botsen, dat er bij de gynaecoloog lange wachttijden zijn om een consultatie in te plannen en anticonceptie te bespreken of een spiraal te laten plaatsen. Een vasectomie laten uitvoeren, dus de sterilisatie voor de man, dat daar toch ook een hele periode overheen gaat, om een eerste consultatie te hebben, om de behandeling te hebben, om dan nog 3 maanden te overbruggen om zeker te zijn dat er geen zaadcellen meer zijn’ -Respondent 1

5.3.4 Belangen van de foetus

201. De informatieplicht tot adoptie vertrekt vanuit de idee dat het leven behouden met een adoptie een alternatief zou bieden voor abortus. Niettemin gebeurt afstaan van een kind slechts zeer uitzonderlijk, bij 20 tot 25 geboortes per jaar in België, waardoor deze informatieplicht weinig nut lijkt te hebben (LUNA vzw, 2020, p. 16). Dit ligt mijns inziens zeker niet in proportie met de onnodige stigma en schaamte die deze kan veroorzaken. Overigens negeert deze plicht de potentieel traumatiserende ervaring die het uitdragen van een ongewenste zwangerschap, de bevalling en het afstaan van het kind kan zijn (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 163).

5.3.5 Tussenconclusie: wijziging invulling informatieplicht

202. Met het oog op de belangen van de vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, alsook vrouwen in het algemeen, lijkt het behoud van de informatieplicht omtrent anticonceptie belangrijk, om bij te dragen tot een effectief preventiebeleid. De informatieplicht omtrent

adoptie biedt geen meerwaarde, maar alleen meer stigma en schaamte bij de patiënten, dus zou de wetgever deze het best afschaffen.

5.4 Betaling van abortus

203. Coast et al. (2018) stelde vast dat de financiering van het gezondheidssysteem een grote invloed uitoefent op de toegankelijkheid van abortusdiensten (Coast et al., 2018, p. 206). In dit onderzoek stelde ik vast dat het aspect bij vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep vooral een probleem vormt voor diegene zonder mutualiteit of zonder legaal verblijf. Zij ervaren een barrière om hulp van het OCMW in te schakelen, maar ook om hulp te verkrijgen door administratieve en praktische redenen in deze procedures. Wetsvoorstel Tillieux (2019) heeft hierover geen wijzigingen voorzien, maar het Wetenschappelijk Comité wel. Ze suggereren ofwel gratis abortus voor iedereen, ofwel automatische erkenning van abortus bij procedure Dringende Medische Hulp (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 36).

5.4.1 Belangen van de vrouw

5.4.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

204. In beginsel raakt deze problematiek niet aan de belangen van de meeste vrouwen, zowel op positieve als negatieve wijze, aangezien een abortus in beginsel al voor €4.5 kan (LUNA vzw I, z.d.). Eén voordeel dat de praktijk echter wel naar voren schuift, is dat een gratis abortus voor iedereen zou kunnen leiden tot meer garanties qua confidentialiteit.

5.4.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

205. Momenteel bestaat er voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep die geen mutualiteit of legale papieren hebben, een grote ontoegankelijkheid tot deze diensten. Met het oog op een inclusief gezondheidszorgbeleid, dient deze groep op gelijke wijze toegang te krijgen tot abortusdiensten en hun recht op zelfbeschikking te kunnen uitoefenen,. Zowel een gratis abortus als een automatische medische waarborg zou een vooruitgang bieden en leiden tot minder belemmeringen. Bij beide oplossingen valt de langdradige procedure, de bewijslast alsook het bureaucratisch traject weg, wat bijdraagt aan een meer inclusief abortusbeleid. Beide oplossingen hebben hun eigen voor- en nadelen (Dokters van de Wereld België, 2022, p. 19).

5.4.2 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners

206. Algemeen zou een verbetering van de positie van vrouwen zonder mutualiteit of legaal verblijf, ook voor de hulpverleners zelf een verbetering betekenen. Momenteel staan ze bij deze

patiënten voor een voldongen feit, waarbij ze willen helpen maar zonder zekerheid tot betaling geen actie kunnen ondernemen. Ze moeten kiezen tussen niet helpen of een patiënt mogelijk in financiële problemen brengen (Dokters van de Wereld België, 2022, p. 6).

207. In het bijzonder zouden de centra en ziekenhuizen op organisatorisch vlak baat hebben bij een andere financiering van een gratis abortus, omdat ze op deze wijze latere moeilijkheden met de terugbetaling of mutualiteiten kunnen vermijden (zie *infra* 72, nr. 219).

5.4.3 Invulling van hervorming

208. Alle respondenten waren voorstander van het voorzien van gratis abortus, waar respondent 3 ook wijst op het belang van het behouden van de medische waarborg.

5.4.3.1 Gratis abortus

209. Het aanbieden van een gratis abortus zou de belangen van de vrouwen zelf en de centra dienen en het voor deze actoren gemakkelijker maken. Dit systeem zou bijdragen aan een (financieel) zeer inclusief systeem, met minimale barrières. Echter vraagt deze oplossing, in vergelijking met de automatische medische waarborg, wel een ingrijpende verandering van de financiering van het gezondheidssysteem, wat respondent 1 aanhaalde.

‘Ik vraag me dan gewoon af, wij hebben wel middelen nodig om middelen te doen draaien. Stel het is volledig gratis, wie betaalt er dan abortus voor die vrouwen zonder mutualiteit? Wij hebben wel, onze werking moet gefinancierd worden, dus wie betaalt dat dan?’ – Respondent 1

210. Dit zou wel een zeer inclusief systeem bieden, waaronder zowel vrouwen zonder mutualiteit als vrouwen zonder wettig verblijf vallen. De drempel om contact te moeten opnemen met het OCMW valt weg, zo bevestigde respondent 2.

‘Er zijn eigenlijk andere redenen waarom dat ik zou zeggen abortus voor iedereen gratis en op een andere manier financieren. Namelijk dat die vrouw geen andere mensen moet gaan vertellen over haar situatie. Want die vrouwen moeten dus wel allemaal naar het OCMW om te gaan zeggen dat ze een abortus nodig hebben.’ – Respondent 2

5.4.3.2 Automatische medische waarborg

211. Desalniettemin biedt de medische waarborg andere voordelen dan louter een gratis abortus voor iemand zonder legaal verblijf, volgens respondent 3, zoals alle zorgen aan deze behandeling verbonden. Voor de organisaties van personen zonder legaal verblijf, is dit ook een

belangrijke prioriteit (Dokters van de Wereld België, pp. 5-6). Een combinatie van beide lijkt dus de meest effectieve remedie.

‘Wij vinden eigenlijk dat die vrouwen dat die automatisch toegang moeten hebben tot dringende medische hulpverlening, want dat gaat niet over de ingreep zelf, maar eventueel een nazorg, na-begeleiding medicatie die nodig is [...]. Ik denk dat het een én én verhaal is, het zou gratis en met een medische waarborg moeten.’ – Respondent 3

5.4.4 Tussenconclusie: combinatie

212. Indien de wetgever zowel maximaal tegemoet wil komen aan de belangen van zowel vrouwen zonder mutualiteit, als vrouwen zonder legaal verblijf, lijkt de combinatie de meest effectieve oplossing. Die vraagt enige hervorming in financiering maar blijft mijns inziens één van de essentiële punten die de wetgever moet aanpakken om inclusie te kunnen garanderen.

5.5. Afschaffen van strafrechtelijke sanctie

213. Hoewel de Wet betreffende Vrijwillige Zwangerschapsafbreking van 2018 abortus uit de strafwet haalde, blijft abortus nog steeds strafrechtelijk sanctioneerbaar. Doch pleit het Wetenschappelijk Comité voor een volledig einde aan de strafrechtelijke sanctie, alvast tegenover de vrouwen die zelf abortus ondergaan (I, 2023, p. 50). Het Wetsvoorstel Tillieux (2019) ziet dit breder en meent dat ook de hulpverleners niet langer strafrechtelijk sanctioneerbaar mogen zijn voor abortus buiten de wettelijke voorwaarden (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 34).

5.5.1 Belangen van de vrouw

5.5.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

214. Al lijkt de impact in Vlaanderen eerder klein, alsnog meent het EHRM dat een strafrechtelijke sanctionering een impact kan hebben op de toegankelijkheid tot de behandeling (zie *supra* 50, nr. 139). De focus weghalen van de vrouw heeft een belangrijke symbolische functie en erkent dat wie abortus, legaal of illegaal, ondergaat, dit uit noodzaak doet (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 50). Overigens meent het Wetenschappelijk Comité dat dit een meer vrouwvriendelijke en gezondheidsgerichte wijze zou zijn om dit aan te pakken. Niemand ondergaat zomaar abortus, al zeker geen illegale abortus. Dit betreft vaak zeer moeilijke situaties, zoals de vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep in een kwetsbare positie (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 91).

5.5.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

215. Een decriminalisering en depenalisering tegenover de patiënt zelf, zorgt voor verminderd stigma. In combinatie met een vermindering van de barrière, zou dit de toegankelijkheid van deze behandeling ten goede komen (Wetenschappelijk Comité I, 2023, p. 50).

5.5.2 Belang van de algemene maatschappij

216. Deze decriminalisering dient het algemeen belang en stemt overeen met de wens van de maatschappij. Onderzoek van ULB uit 2018 toont namelijk aan dat 75,4% meent dat vrijwillige zwangerschapsafbreking geen misdrijf meer mag zijn voor arts of patiënt (Verslag Eerste Lezing, 2019, p. 7). Desondanks speelt het strafrecht ook een belangrijke rol om morele afkeur uit te drukken, wat het algemeen belang zou schaden bij een volledige decriminalisering. De wettelijke voorwaarden bieden namelijk juist bescherming voor de patiënten en volksgezondheid (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 91).

5.5.3 Belangen van de foetus

217. De strafrechtelijke sancties doelden op de bescherming van de vrouw zelf door de toepassing van de wettelijke voorwaarden te garanderen, maar ook de bescherming van de foetus. Straffeloosheid schendt de belangen van de foetus. Echter bestaat er steeds nog de mogelijkheid om de artsen op een andere wijze te bestraffen, namelijk op basis van deontologie of het burgerlijk recht. Deze zaken kunnen het schenden van de wet inperken, reguleren en controleren, zonder het bijkomend stigma dat bij strafrechtelijke sanctionering voorkomt (De Meyer & De Mulder, 2021, p. 37). Echter hebben deze types van sanctioneren niet dezelfde kracht en zwaarte volgens tegenstanders (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 91).

5.5.4 Tussenconclusie: volledige decriminalisatie

218. Hoewel er geen rechtstreekse impact bestaat op de toegang tot abortus voor vrouwen (van een etnisch-culturele minderheidsgroep), heeft de abortuswetgeving wel een belangrijke symbolische functie, die een impact heeft op stigma. Een niet-legale abortus vloeit vaak voort uit een schrijnende situatie. Dit steeds strafbaar stellen, lijkt me moreel niet meer aanvaardbaar met de huidige kennis hierover. Ook voor de arts zou dit een grote stap naar voor zijn vanuit symbolisch perspectief, zonder dat die noodzakelijk tot straffeloosheid zou leiden.

5.6 Mogelijkheid tot consultatie op afstand

219. De Covid-19 pandemie leidde tijdelijk tot de mogelijkheid om op afstand de eerste consultatie te doen, alsook de permanente mogelijkheid om de tweede pil bij medicamenteuze

abortus thuis in te nemen. Dit deed het Wetenschappelijk Comité nadenken over het voorzien van de mogelijkheid tot abortuszorg op afstand, met bijvoorbeeld de eerste consultatie op afstand of telefonisch (Wetenschappelijk Comité I, p. 22). De meningen van de respondenten blijken op dit vlak eerder uiteenlopend en genuanceerd, zo bleek uit de interviews.

5.6.1 Belangen van de vrouw

5.6.1.1 Belangen van de vrouw in het algemeen

220. Het voorzien van een meer soepele, telefonische procedure voor abortus raakt op twee manieren aan de belangen van haar patiënten: enerzijds kan dit meer soepelheid en laagdrempeligheid bieden voor de behandeling, maar anderzijds kan dit leiden tot minder ondersteuning. Tijdens de consultaties gedurende de Covid-19 pandemie merkten hulpverleners op dat het gebrek aan visuele interactie leidde tot het verlaten van bepaalde formaliteiten, maar ook tot meer angstgevoelens bij de patiënten zelf en minder vertrouwen (De Kort et al., 2021, pp. 186-188). Dit bevestigden respondent 1 en 2.

‘Een beetje als nadeel, is dat je ze ook niet fysiek ziet. En als de communicatie al moeilijk is, kan het wel nog moeilijker worden. [...] Ze zijn hier nog niet geweest, dus ja. Wij merkten toen dat veel vrouwen angstiger waren.’ – Respondent 2

5.6.1.2 Belangen van de vrouw die uit een etnisch-culturele minderheidsgroep

221. Het ontbreken van een fysieke afspraak heeft voor de groep van vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep zowel voordelen als nadelen, vooral omdat deze groep zeer heterogeen is. Enerzijds geldt er vaak een verhoogd stigma en sociale druk om al dan geen abortus te ondergaan, waardoor tweemaal een fysieke afspraak een grote barrière kan vormen. Een *two way trip* leidt namelijk tot een lager abortuscijfer dan maar één fysieke consultatie (Wetenschappelijk Comité II, 2023, p. 64). Anderzijds leidde dit tot meer moeilijkheden bij vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep die geen Nederlands spreken en kon het daardoor moeilijk zijn om telefonisch te communiceren en de instructies goed te begrijpen (De Kort et al., 2021, pp. 186-188). Deze twee uiteenlopende belangen bij de doelgroep kwamen ook in de interviews aan bod.

‘Ja. Natuurlijk, ik mag die twee natuurlijk niet over 1 kam scheren, voor wie het wel goed zou zijn op afstand, zou zijn voor vrouwen die gecontroleerd worden en waarvan de partner niet mag weten dat ze zwanger zijn, daar zou het natuurlijk wel goed zijn.’ – Respondent 2

222. Respondent 3 wees op de praktische uitvoering, waaraan nog veel werk is.

'Dan zal dat met een tolk moeten zijn, in de eigen taal enzoverder met de privacyregels die moeten gelden, omdat het gaat over privacy tussen patiënt en dat is, denk ik dat dat eigenlijk heel momenteel nog altijd heel moeilijk is.' – Respondent 3

5.6.2 Belangen van de centra, ziekenhuis en hulpverleners

223. De hulpverleners zelf ondervonden moeilijkheden met het oog op het verlenen van goede hulp. Een gebrek aan fysiek contact leidde ertoe dat ze minder goed een band konden opbouwen, maar ook dat ze in mindere mate non-verbale tekens konden oppikken, noch hadden ze zekerheid over eventueel andere aanwezigen. Daarbij hadden ze later minder controle bij de medicamenteuze abortus en of vrouwen de instructies goed begrepen. Dit heeft dus een invloed op het kunnen verlenen van goede zorg.

'En dan kunnen er thuis misschien ook vragen en bezorgdheden zijn en als er dan te weinig taal is, dan vinden we dat geen goede hulpverlening. We willen ook niet dat een spoeddienst overbelast zijn door vrouwen die thuis een pilabortus hebben gedaan en bezorgd zijn.' – Respondent 1

224. Bovendien leidden telefonische eerste consultaties tot minder vrouwen die opdaagden voor hun tweede consultatie, wat leidde tot problemen in verband met terugbetaling en minder mogelijkheden om de zwangerschap te controleren (De Kort et al., 2021, pp. 186-188). Dit bevestigde respondent 2 ook in de praktijk

'Op moment dat ze hier komen, moeten ze ook een papier tekenen met een akkoord van de mutualiteit. En wij krijgen de centen van de mutualiteiten. Als wij vrouwen op afstand zien, dan kunnen zij dat niet kunnen tekenen. Als die dan geen tweede keer komen, hebben die nooit getekend. Dan belden we of mailden we die van 'mevrouw kan u dat alstublieft tekenen, stuur het in of we sturen het op in de envelop met een postzegel er bij'. We kregen dat heel vaak niet terug.' – Respondent 2

5.6.3 Tussenconclusie: behoudt fysieke consultatie

225. Hoewel de mogelijkheid tot online consultaties kunnen leiden tot een meer inclusief abortusbeleid, bestaan er momenteel nog te veel praktische nadelen. Het beleid staat nog niet ver genoeg om kwalitatieve hulpverlening te garanderen, door taalbarrières, technische moeilijkheden, het ontbreken van non-verbale communicatie, etc. In de toekomst kan dit uiteraard wijzigen indien hierop meer wordt ingezet.

6. Algemene conclusie

6.1 De opzet en het doel van het onderzoek

226. In dit onderzoek trachtte ik een antwoord te vinden op de volgende onderzoeksvraag: *Welke barrières dragen bij tot de sociale uitsluiting die vrouwen van etnisch-culturele minderheidsgroepen bij uitoefening van hun recht op abortus in Vlaanderen ervaren, en in welke mate leiden de huidige wetsvoorstellen tot een oplossing en hoe verhouden ze zich tegenover andere belangen?*

6.2 De barrières die leiden tot sociale uitsluiting

227. De drie categorieën die Coast et al. (2018) naar voren schuift als factor op het abortustraject, heb ik op basis van breder onderzoek kunnen toepassen op vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep.

228. Voor de individuele context speelt stigma nog steeds een grote rol, zowel algemeen als onder invloed van cultuur en religie. Dit blijkt zowel een impact te hebben op de mate waarop iemand hulp zoekt als op de disclosure over abortus. Cultuur en een gebrek aan disclosure kunnen zowel een positieve als een negatieve impact hebben op de toegankelijkheid. Literatuur bevestigt culturele achtergrond als barrière voor mijn doelgroep (Hawkey et al., 2018; Kjelsvik et al., 2018). Deze vaststelling geldt niet algemeen maar blijft onderworpen aan andere individuele factoren zoals sociaal netwerk, juridische status, etc., wat deze vaststelling nuanceert. Deze kwetsbaarheid komt zelden alleen voor en deze vrouwen bevinden zich vaak op de intersectie van deze kwetsbaarheid op basis van, bijvoorbeeld, socio-economische status, wat (tijdig) hulp vinden alleen maar meer bemoeilijkt. In de interviews lag de nadruk vaak op taal als barrière tot abortusdiensten en kwalitatieve hulpverlening.

229. Binnen de (supra)nationale context lijkt het wettelijk kader de belangrijkste factor die leidt tot sociale uitsluiting. De beperkende werking van de wettelijke maximumtermijn raakt op disproportionele wijze vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, die reeds in mindere mate toegang hebben tot abortus na 12 weken in Nederland door praktische en financiële lasten. De rigide wettelijke wachttermijn biedt niet de beoogde bescherming aan kwetsbare vrouwen, maar schaadt juist hun zelfbeschikkingsrecht. Dit geldt ook voor de informatieplicht over adoptie en het strafrechtelijk karakter van de behandeling, omdat deze juist het heersend stigma zal bevestigen. Bovendien versterkt het Vlaamse systeem van

gezondheidszorg deze sociale uitsluiting, door de langdradige, bureaucratische procedure die het OCMW vereist tegenover vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep zonder mutualiteit of legaal verblijf. De vrouwen in de meest precare situatie ervaren dus bijzonder veel drempels om tijdige en betaalbare abortusdiensten te verkrijgen.

230. Tot slot spelen de tijdsgebonden factoren een grote rol, zoals de ontdekking van de zwangerschap, de wachttijden in de centra zelf, alsook de procedure voor het OCMW. Dit vergroot de sociale uitsluiting door bijvoorbeeld de wettelijke termijn.

231. Deze drie factoren staan in interactie met elkaar en versterken elkaar. Het wetgevend kader en beleid in Vlaanderen heeft dus een grote impact op de sociale uitsluiting die vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep ervaren, juist door deze interactieve, multidimensionale factoren.

6.3 Analyse van de voorstellen tot recht

232. De verlenging van de wettelijke maximumtermijn zou de toegang voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep noemenswaardig versterken, alsook een emanciperend effect hebben, en het medisch verkeer naar Nederland beperken. Met het oog op de belangen van de foetus (ie. grenzen van pijnperceptie en levensvatbaarheid), zou een verlenging tot 20 weken foetale zwangerschap een aanvaardbare grens zijn. Dit zou het medisch verkeer naar Nederland en de sociale uitsluiting minimaliseren, doch niet volledig stoppen. Zo verschuift de wetgever de verantwoordelijkheid nog deels naar Nederland. Hierdoor zullen meer kwetsbare vrouwen na 20 weken nog sociale uitsluiting ervaren, maar in samenloop met de andere belangen lijkt dit de verst aanvaardbare grens.

233. De wettelijke wachttermijn van zes dagen blijkt een grote impact te hebben op de autonomie en psychische last, eerder dan meer kwetsbare vrouwen bescherming te bieden. De praktijk toont aan dat ze kunnen aangeven hoeveel tijd ze nodig hebben. Daarnaast bouwt de procedure en agenda onvermijdelijk reeds de facto een wachttermijn in. Ondanks de aarzelende wachttermijn van 48 uur die het wetsvoorstel Tillieux (2019) naar voren schuift, lijkt een volledige afschaffing mij wenselijker omdat dit vrouwen zelf autonomie en vertrouwen biedt.

234. Door een vaak lagere kennis over en toegang tot abortus voor vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep, alsook het hoog percentage aan vrouwen die abortus ondergaan en

geen anticonceptie namen, lijkt een behoud van de informatieplicht omtrent anticonceptie mij nuttig. Er bestaat een fijne lijn tussen betutteling en informeren waar nodig, maar hierbij gaat de balans mijns inziens eerder naar noodzakelijke informering. De informatieplicht omtrent adoptie daarentegen biedt in de praktijk weinig meerwaarde, en wekt juist veel stigma en schuldgevoel op. Abortuscentra voeren deze niet meer uit, waardoor afschaffing de meest gepaste uitkomst lijkt.

235. Vrouwen van een etnisch-culturele minderheidsgroep zonder mutualiteit of legaal verblijf zouden baat hebben bij de voorstellen van het Wetenschappelijk Comité tot gratis abortus of een automatische medische waarborg. Het één sluit het ander niet uit. Een gratis abortus zou beide groepen kunnen helpen, maar een medische waarborg heeft ook een belang voor gerelateerde hulp. Beide combineren zou mijns inziens de meest inclusieve oplossing bieden, waarbij de wetgever rekening zou houden met zoveel mogelijk geldende belangen. Hierbij vallen veel drempels weg: het contacteren van het OCMW, de disclosure, de procedures, etc., weg, net als de zorgen over vertrouwelijkheid of gevolgen voor hun verblijf. Dit kan hand in hand gaan met een medische waarborg voor vrouwen zonder legaal verblijf voor abortus gerelateerde hulp.

236. De consultatie op afstand lijkt door praktijk en literatuur bestreden en er bestaat veel twijfel over de uitvoering en kwaliteit van hulpverlening/informering en communicatie naar patiënten. Ondanks de voordelen met het oog op het wegvallen van één verplaatsing, weegt het belang van een kwalitatieve hulpverlener volgens mij toch zwaarder door, zeker voor vrouwen met een etnisch-culturele minderheidsgroep met verminderde taalkennis.

237. De strafrechtelijke sanctie omtrent abortus lijkt in de praktijk weinig effect te hebben, maar kan wel het stigma vergroten en heeft een symbolische functie. De wetgever zou door middel van volledige decriminalisering een belangrijke boodschap geven naar de maatschappij en op deze wijze een niet te onderschatten impact kunnen hebben.

6.4 Besluit

238. De toegang tot abortushulp heeft vele facetten en nuances. ‘De’ vrouw van een etnisch-culturele minderheidsgroep bestaat niet en de grens tussen hulp en marginalisatie blijkt in de praktijk soms klein. Desalniettemin heeft de wetgever wel de mogelijkheid om een grote impact te hebben op de sociale uitsluiting die deze groep nu ervaart. De geldende factoren beïnvloeden elkaar onderling en de wetgever kan een impact hebben op hoe andere, belemmerende factoren zich in de praktijk manifesteren. Hoewel wetsvoorstel Tillieux (2019) een grote vooruitgang zou betekenen, kan de wetgever nog verder gaan om vrouwen zo maximaal als mogelijk in hun recht te zetten door hun autonomie en keuzevrijheid garanderen, en de toegang tot abortus als reproductief vrouwenrecht voor iedereen te beschermen. Hoewel vele andere factoren spelen, moet de wetgever dringend een bijdrage leveren tot een inclusief abortusbeleid. Dit zou een mooie volgende stap betekenen naar een Vlaanderen waar alle vrouwen op gelijke wijze baas zijn over eigen buik.

7. Bibliografie

7.1 Literatuur

Aerts, B. (2010). Combinatie van beperkingen maakt het soms moeilijk. *Juristenkrant*. (210), 6.

Almeida, L. M., Caldas, J., Ayres-de-Campos, D., Salcedo-Barrientos, D., & Dias, S. (2013). Maternal Healthcare in Migrants: A Systematic Review. *Maternal and Child Health Journal*, 17(8), 1346-1354. <https://doi.org/10.1007/s10995-012-1149-x>.

Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, Abortion, and Disclosure—Findings from a Qualitative Study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3137-3147. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02604>.

Baarda, B., De Goede, M. & Teunissen, J. (2005). *Basisboek kwalitatief onderzoek : handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Stenfert Kroese.

Barkan, S. E. (2014). Gender and abortion attitudes: religiosity as a suppressor variable. *The Public Opinion Quarterly*, 78(4), 940-950.

Biggs, M. A., Upadhyay, U. D., McCulloch, C. E., & Foster, D. G. (2017). Women's mental health and well-being 5 years after receiving of being denied an abortion: A prospective, longitudinal cohort study. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 169-178. <http://doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3478>.

Brinkmann, S. & Kvale, S. (2018). *Doing interviews*. Sage.

Buysse, A., Caen, M., Dewaele, A., Enzlin, P., Lievens, J., T'Sjoen, G., etc. Vermeersch, H. (2013). *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen*. Academia Press.

Cassiers, A. (2021). Validering van de abortuswet van 15 oktober 2018 door het Grondwettelijk Hof: terecht of niet? *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 4, 317-325.

Coast, E., Norris, A. H., Moore, A. M., & Freeman, E. (2018). Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework. *Social Science & Medicine*, 200, 199-210. <http://doi:10.1016/j.socscimed.2018.01.035>.

Coene, G. & Bollen, S. (2013). *Nog altijd baas in eigen buik? Een kritische doorlichting van de Belgische abortuswetgeving en -praktijk*. VUBPress.

- De Kort, L., Wouters, E. & Van de Velde, S. (2021). Obstacles and opportunities: a qualitative study of the experiences of abortion centre staff with abortion care during the first COVID-19 lockdown in Flanders, Belgium. *Sexual and reproductive health matters*, 29 (1), 180-195.
- De Meyer, F. & De Mulder, C. (2021). Een nieuw tijdperk voor abortus? Een analyse van het voorstel ter versoepeling van de Belgische abortuswet. *Family and Law*. Geraadpleegd op 30 mei 2021, van <https://www.familyandlaw.eu/tijdschrift/fenr/2021/07/FENR-D-21-00006>.
- De Meyer, F. (2020). Late Termination of Pregnancy in Belgium: Exploring Its Legality and Scope. *European Journal of Health Law*, 27 (1) 9-34.
- Donnay, F., Bregentzer, A., Leemans, P., Verougstraete, A., & Vekemans, M. (1993). Safe abortions in an Illegal context: perceptions from service providers in Belgium. *Studies in family planning*, 150-162.
- Eriksson, M. K. (2000). *Reproductive freedom : in the context of international human rights and humanitarian law*. Kluwer Law International.
- Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who Seeks Abortions at or After 20 Weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 210–218. <https://doi.org/10.1363/4521013>.
- Frejka, T. (2008). Overview Chapter 3: Birth regulation in Europe: Completing the contraceptive revolution. *Demographic Research*, 19.
- Gibbs, G.R. (2018). *Analyzing qualitative data*. Sage.
- Gijsberts, M. & Lubbers, M. (2014). Beheersing van de Nederlandse taal onder recente migranten uit nieuwe. *Tijdschrift Sociologie*, 10(1), 27-48.
- Hawkey, A. J., Ussher, J. M., & Perz, J. (2018). “If You Don’t Have a Baby, You Can’t Be in Our Culture”: Migrant and Refugee Women’s Experiences and Constructions of Fertility and Fertility Control. *Women's Reproductive Health*, 5(2), 75-98. <https://doi.org/10.1080/23293691.2018.1463728>.
- Helström, L., Odland, V., Zätterström, C., Johansson, M., Granath, F., Correia, N., & Ekblom, A. (2003). Abortion rate and contraceptive practices in immigrant and native women in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(6), 405-410. <https://doi.org/10.1080/14034940210165181>.

Hendryx, M. S., Ahern, M. M., Lovrich, N. P., & McCurdy, A. H. (2002). Access to Health Care and Community Social Cap. *Health Serv Res.*, 37(1), 87-103.

Henrard, K. (2001). The interrelationship between individual human rights, minority rights and the right to self-determination. *The Global Review of Ethnopolitics*, 1(1), 41-61. <https://doi.org/10.1080/14718800108405089>.

Hoggart, L., Newton, V. L., & Bury, L. (2017). 'Repeat abortion', a phrase to be avoided? Qualitative insights into labelling and stigma. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 43(1), 26-30.

Jacobs, E. (2022). *De impact van abortus en de daar bijhorende anticonceptieconsultatie op het anticonceptiegebruik van Vlaamse vrouwen: abortus en anticonceptieconsultatie als 'cue to action' binnen het Health Belief Model* [Masterproef, Universiteit Antwerpen]. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://anet.be/submit.phtml?UDses=159204851%3A530864&UDstate=1&UDmode=&UDaccess=&UDrou=%25Start:bopwexe&UDopac=opacuantwerpen&UDextra=c:lvd:15327345>.

Jehoel-Gijbers, G. & Vrooman, J.C. (2007). *Explaining Social Exclusion; A Theoretical Model Tested in The Netherlands*. The Netherlands Institute for Social Research.

Joyce, T.J., Henshaw, S.J., Dennis, A., Finer, L.B & Blanchard, K. (2009). *The Impact of State Mandatory Counseling and Waiting Period Laws on Abortion: A Literature Review*. Guttmacher Institute. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.guttmacher.org/report/impact-state-mandatory-counseling-and-waiting-period-laws-abortion-literature-review>.

Kjelsvik, M., Sekse, R. J. T., Moi, A. L., Aasen, E. M., Chesla, C. A., & Gjengedal, E. (2018). Women's experiences when unsure about whether or not to have an abortion in the first trimester. *Health Care for Women International*, 39(7), 784–807. <https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1465945>.

Langston, A. M., Rosario, L., & Westhoff, C. L. (2010). Structured contraceptive counseling—a randomized controlled trial. *Patient education and counseling*, 81(3), 362-367.

Largan, C. & Morris, T. (2019). *Qualitative secondary research : a step-by-step guide*. Sage.

Lemmens, C. (2011). Levensindecisies en zwangere vrouwen : recht op zelfbepaling of dwingt de foetus tot naastenliefde? *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 16, 303-316.

Mortelmans, D. (2020). *Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden*. Acco.

Mouthaan, I., De neef, M. & Rademakers, J. (1998). *Abortus in multicultureel Nederland*. Eburon.

Nys, H. (2020). Het begin van het leven. Bescherming van het ongeboren leven. *Overzicht van het gezondheidsrecht in 2016-2020*. 69-84.

O'Donnell J, Goldberg A, Lieberman E, Betancourt T. (2018). "I wouldn't even know where to start": unwanted pregnancy and abortion decision-making in Central Appalachia. *Reproductive Health Matters*, 26(52), 98-113. <https://doi.org/10.1080/09688080.2018.1513270>

Ostrach, B. (2013). “Yo No Sabía...”—Immigrant Women’s Use of National Health Systems for Reproductive and Abortion Care. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(2), 262-272. <https://doi.org/10.1007/s10903-012-9680-9>.

Rasch, V., Gammeltoft, T., Knudsen, L. B., Tobiassen, C., Ginzler, A., & Kempf, L. (2008). Induced abortion in Denmark: effect of socio-economic situation and country of birth. *European Journal of Public Health*, 18(2), 144-149. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckm112>.

Sisson, G., Ralph, L., Gould, H. & Foster, D.G. (2017). Adoption Decision Making among Women Seeking Abortion. *Family Planning*, 27(2), 136-144. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.11.007>.

Tack, S. (2018). Wijziging abortuswetgeving: reële verruiming of gemiste kans? *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 3, 155-157.

Thuis, L. (2015). *Descriptieve studie van de zwangerschaps-, geboorte- en abortuscijfers bij de gehele vruchtbare bevolking (10 – 49 jaar) met bijzondere aandacht voor de cijfers bij tieners* [Masterproef, Universiteit Antwerpen]. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://anet.be/submit.phtml?UDses=159205988%3A732446&UDstate=1&UDmode=&UDaccess=&UDrou=%25Start:bopwexe&UDopac=opacuantwerpen&UDextra=c:lvd:14340840>.

Upadhyay, U.D. (2022). Barriers Push People into Seeking Abortion Care Later in Pregnancy. *American Journal of Public Health*. (112) 1280-1281.

- Ussher, J. M., Rhyder-Obid, M., Perz, J., Rae, M., Wong, T. W. K., & Newman, P. (2012). Purity, privacy and procreation: Constructions and experiences of sexual and reproductive health in Assyrian and Karen women living in Australia. *Sexuality & Culture: An Interdisciplinary Quarterly*, 16(4), 467–485. <https://doi.org/10.1007/s12119-012-9133-6>.
- Van Assche, K. (2017). Geoorloofdheid van en informatieplicht over late zwangerschapsafbreking. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 2, 114-121.
- Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019). Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 51(3), 175-183.
- Van Kooten, M., Van Berlo, W. & Vanwesenbeeck, I. (2003). *Psychosociale gevolgen van abortus: een overzicht van de literatuur*. Eburon.
- Van Sweevelt, T. (2018). De Abortuswet 2018: over symbolische verbeteringen en openstaande knelpunten. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 4, 220-232.
- Vandamme, J. (2017). *The decision to have an abortion in Flanders: A contextual approach*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <http://hdl.handle.net/1854/LU-8520620>.
- Vandamme, J., Buysse, A. & T'sHoen, G. (2018). De beslissing tot abortus in Vlaanderen : het maatschappelijke, relationele en individuele verhaal. *Tijdschrift voor seksuologie*, (42) 1.
- Vansweevelt, T. (2018). Abortus. In F. De Wallens & T. Vansweevelt (Reds.), *Handboek gezondheidsrecht* (pp. 426 en 429). Intersentia
- Vansweevelt, T. (2022). Verhouding Wet Zwangerschapsafbreking met het EVRM en met de Wet Patiëntenrechten. In X., *RedPostal Memorialis: Lexicon strafrecht, strafvordering en bijzondere wetten*. (pp. A 50, 101-108). Wolters Kluwer Belgium.
- Zampas, C. & Gher, J. M. (2008). Abortion as a Human Right – International and Regional Standards. *Human Rights Law Review*, 8 (2), 249-294.

7.2 Rapporten en verslagen

Dokters van de Wereld België. (2022). *Toegang tot vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) en dringende medische hulp (DMH) voor vrouwen zonder toegang tot zorg in België: intentienota*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://doktersvandewereld.be/nieuws-publicaties/dossier-toegang-tot-vrijwillige-zwangerschapsafbreking-voor-vrouwen-zonder>.

Inspectie voor gezondheidszorg. (2011). *Jaarrapportage 2011 van de Wet afbreking zwangerschap*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.igj.nl/publicaties/rapporten/2013/04/11/jaarrapportage-afbreking-zwangerschap-2011>.

Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking I. (2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk in België: Samenvatting en aanbevelingen*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://vlir.be/nieuws/studie-en-evaluatie-van-de-abortuswet-en-praktijk-in-belgie/>.

Interuniversitair, multidisciplinair en onafhankelijk comité belast met de studie en de evaluatie van de praktijk en de wetgeving inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking II. (2023). *Studie en evaluatie van de abortuswet en -praktijk in België: Academisch rapport op verzoek van de “Vivaldi” meerderheid op federaal niveau*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://vlir.be/nieuws/studie-en-evaluatie-van-de-abortuswet-en-praktijk-in-belgie/>.

LUNA vzw (z.d.). *Jaarverslag 2022*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://abortus.be/wp-content/uploads/2023/01/infografiek-cijfers-2022.pdf>.

Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (2019). *Verslag ten behoeve van het Parlement 1 januari 2018 – 31 december 2019*. Geraadpleegd op 20 mei 2023, van <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/verslag-ten-behoeve-van-het-parlement-1-januari-2018-31-december-2019>.

Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking. (2023). *Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2020 – 31 december 2021*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/verslag-ten-behoeve-van-het-parlement-1-januari-2020-31-december-2021>.

7.3 Jurisprudentie

ECRM 8 juli 2004, ECLI:EU:C:2010:305 (*Vo/Frankrijk*).

EHRM 20 maart 2007, ECLI:EU:C:2020:476 (*Tysiac/Polen*).

ECRM 16 december 2010, ECLI:CE:ECHR:2010:1216JUD002557905 (*A, B en C/Ierland*).

EHRM 26 mei 2011, ECLI:EU:C:2013:434 (*R.R./Polen*).

EHRM 30 oktober 2012, *Nr. 57375/08 (P en S/Polen)*.

Arbitragehof. (1991). *Nr. 39/1991*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://etaamb.openjustice.be/nl/arrest-van-het-grondwettelijk-hof_n1999021535.

Grondwettelijk Hof. (2020). *Nr. 122/2020*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.const-court.be/public/n/2020/2020-114n.pdf>.

Hof van Cassatie. (1992). *Nr. N-19921222-8 (3124)*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.stradalex.com/en/sl_src_publ_jur_be/document/cass_N-19921222-8.

7.4 Wetgeving en voorbereidende stukken

Verdrag 4 november 1950 tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1950110430.

Resolutie 34/180 van de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties (18 december 1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>.

Gecoördineerde Grondwet van 17 februari 1994. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&table_name=wet&la=N&cn=1994021730.

Handvest van de Grondrechten van de Europese Unie van 12 december 2000. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/NL/TXT/?uri=CELEX%3A12012P%2FTXT>.

Wet betreffende de Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn van 8 juli 1976. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&table_name=wet&cn=1976070835.

Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot de opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=nl&caller=summary&pub_date=12-02-17&numac=2012000092.

Wet van 26 mei 2002 betreffende het recht op maatschappelijke integratie. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2002/05/26/2002022559/staatsblad>.

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 2018. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <http://www.ejustice.just.fgov.be/eli/wet/2018/10/15/2018014460/staatsblad>.

Wetsvoorstel tot versoepeling van de voorwaarden om tot een zwangerschapsafbreking over te gaan, nr. 55-0158/001 (16 juli 2019). Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.lachambre.be/FLWB/PDF/55/0158/55K0158001.pdf>.

Verslag van de eerste lezing, nr. 55-0158/004 (6 december 2019). Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/0158/55K0158004.pdf>.

Verslag van de tweede lezing, nr. 55-0158/008 (30 december 2019). Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/0158/55K0158008.pdf>.

Advies Raad van State, nr. 55-0158/001 (2 maart 2020). Geraadpleegd 30 mei 2023, van <https://www.dekamer.be/FLWB/PDF/55/0158/55K0158010.pdf>.

7.5 Krantenartikelen

Belga (z.d.) (2022, 28 september). Toegang tot abortus systematisch belemmerd voor vrouwen zonder papieren. *De Morgen*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, via <https://www.demorgen.be/snelnieuws/dokters-van-de-wereld-toegang-tot-abortus-systematisch-belemmerd-voor-vrouwen-zonder-papieren~ba594283/>.

Brants, S. (2020, 2 maart). Laat mij dan maar betuttelend zijn. *De Standaard*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.standaard.be/cnt/dmf20200301_04871367.

Lamote, S. (2023, 18 april). Ethisch onbuigzame CD&V botst op wetenschappelijke consensus over abortus. *De Tijd*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://www.tijd.be/politiek-economie/belgie/federaal/ethisch-onbuigzame-cd-v-botst-op-wetenschappelijke-consensus-over-abortus/10461462.html>.

PL (2016, 26 juli). Geef vrouwen tot 20 weken om te kiezen voor abortus. *De Standaard*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van https://www.standaard.be/cnt/dmf20160725_02399051.

7.6 Webpagina's

LUNA vzw I (z.d.). *Hoeveel kost een abortus?* Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://abortus.be/ongepland-zwanger/kostprijs/>

LUNA vzw II (z.d.). *Infomap maart 2022*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, van <https://abortus.be/wp-content/uploads/2021/09/Infomap-LUNA-maart-2020.pdf>.

Rosa vzw (z.d.). *Abortus in België vandaag*. Geraadpleegd op 30 mei 2023, via <https://rosavzw.be/nl/themas/lichaam-en-geest/abortus/abortus-in-belgi%C3%AB-vandaag>.

8. Bijlagen

Bijlage 1: Ethisch reflectiedossier

Criteria toepasselijk op onderzoek

Kwetsbare groepen: dit onderzoek gaat over personen van een bepaalde etnische afkomst. Dit onderzoek vertrekt vanuit het perspectief van vrouwen uit een etnisch-culturele minderheidsgroep. Hierbij wordt dit interview niet rechtstreeks met hen uitgevoerd maar ze maken wel deel uit van het onderwerp

Gevoelige informatie: dit onderzoek verzamelt gegevens over gezondheid, namelijk over de behandeling abortus, wat deel uitmaakt van een dienst van reproductieve gezondheidszorg, alsook mentale en fysieke gevolgen die hieruit voortvloeien

Biometrische gegevens: dit onderzoek maakt gebruik van stemopnames voor de interviews zelf.

Onderzoeksfasen

Contactopname

De opname van het contact gebeurde via mail, met steeds een informatieblad bij waarop alle informatie stond over de privacy maatregelen die ik hanteerde in mijn onderzoek. De doelstelling en het thema van het onderzoek stond duidelijk aangegeven en ik heb steeds mijn contactgegevens (ook telefoonnummer) hierbij gevoegd zodat ik steeds bereikbaar was om contact op te nemen. De participanten gaven vooraf via mail toestemming, en nadien schriftelijk op basis van een schriftelijke toestemming op het document van de geïnformeerde toestemming. De participanten hun deelname was volledig vrijblijvend en kon op ieder moment stopgezet worden of vragen weigeren te beantwoorden. Ze konden nadien ook hun deelname of bepaalde fragmenten intrekken, zonder enige verantwoording of gevolg. Er was geen bijzondere aanmoediging.

De kwetsbare groepen heb ik zelf niet bevraagd, vanuit ethische overwegingen en omdat een indirecte bevraging een beter alternatief leek wegens de gevoelige aard van de informatie.

Dataverzameling- en opslag

Ik heb enkel de noodzakelijke data verzameld over de respondenten zelf, waarbij ik geen namen of specifieke gegevens heb gevraagd. Ik heb me zo flexibel mogelijk opgesteld tegenover de respondenten, waarbij ik expliciet uitte dat ze zich niet moesten verplaatsen maar dat ik tot bij hun werkplek of andere plaats indien gewenst kon reizen. Ook bood ik steeds de mogelijkheid om een interview online af te nemen, indien gewenst, zonder verantwoording. Ik heb steeds getracht om een bepaalde voorzichtigheid te hanteren rond de vragen die ik stelde en steeds open vragen proberen te stellen. Op voorhand heb ik het vragenprotocol naar mijn promotor doorgestuurd en heb ik de ontvangen feedback verwerkt.

Opslag van data

De opnames en transcripties van de interviews staan op een externe harde schijf opgeslagen en zijn dus niet voor externen beschikbaar of via een online platform te bereiken. Enkel ikzelf heb dus toegang tot de ruwe data van mijn onderzoek. Bij het transcriberen heb ik alle namen van personen, centra, concrete locaties, etc. reeds een pseudoniem gegeven, om zo identificatie niet meer mogelijk te maken. Zodra ik geslaagd zou zijn voor deze masterproef, zal ik deze data per direct verwijderen op definitieve wijze. Ik heb deze bestanden, noch de opnames, noch de transcripties, gedeeld met mijn promotor.

Verwerking en rapportering van de data

Ik heb de gegevens van mijn data in een pseudoniem omgezet. De namen van de respondenten werden hierbij volledig weggehaald en werden vervangen voor ‘respondent 1’, ‘respondent 2’, etc. De sleutel heb ik hierbij gewoon schriftelijk bewaard, zodat deze niet voor anderen beschikbaar is, wat werkbaar bleek voor een eerder kleinschalig onderzoek.

Feedback en nazorg

Op basis van mijn geïnformeerde toestemming, hebben de participanten de mogelijkheid om op vraag de transcripties te verkrijgen van hun interview. Eén respondent vroeg hierom. Ik zal ook het eindresultaat doorsturen naar de respondenten. Zodra ik geslaagd ben voor deze opdracht, zal ik alle gegevens per direct verwijderen en de respondenten hierover inlichten.

Bijlage 2: Geïnfomeerde toestemming

Ik, ondergetekende, verklaar hierbij dat ik, als participant aan een opdracht onder leiding van van de Universiteit Gent,

- (1) de informatie over het onderzoek heb gelezen en begrepen. Ik heb de gelegenheid gehad om de informatie en mijn deelname te overwegen en vragen te stellen die naar mijn tevredenheid werden beantwoord;
- (2) begrijp dat mijn deelname aan dit onderzoek volledig vrijwillig is en ik op ieder moment van de deelname kan stopzetten zonder het geven van een reden;
- (3) begrijp dat ik bij stopzetting van mijn deelname aan dit onderzoek, mijn reeds verzamelde gegevens kan terugtrekken tot 5 dagen na het interview. Een eenvoudige e-mail of telefoon naar de onderzoeker volstaat hiervoor. Ik hoef geen reden op te geven voor de terugtrekking van mijn gegevens;
- (4) begrijp dat ik geen financiële compensatie zal ontvangen voor mijn deelname aan dit onderzoek;
- (5) toestemming geef aan de onderzoeker om dit interview op te nemen met een audio-opname;
- (6) begrijp dat data die wordt verzameld gedurende dit onderzoek zal worden verwerkt in overeenstemming met de wettelijke bepalingen en informatie die aan mij werd verstrekt en deze zal worden bewaard tot ten laatste september 2023;
- (7) weet dat ik een samenvatting van de onderzoeksresultaten kan krijgen of een kopie van mijn interviewtranscript bij expliciete vraag, alsook inzagerecht heb in de finale masterproef en de mogelijkheid om gebruikte citaten te laten verwijderen hieruit, indien gewenst;
- (8) weet dat UGent de verantwoordelijke eenheid is m.b.t. persoonsgegevens verzameld tijdens het interview. Ik weet dat de data protection officer me meer informatie kan verschaffen over de bescherming van mijn persoonlijke informatie. Contact: Hanne Elsen (privacy@ugent.be);
- (9) stem ermee in om deel te nemen aan het onderzoek.

Gelezen en goedgekeurd op (datum),

Handtekening van de participant

Naam van de verantwoordelijke student

Bijlage 3: Informatieblad

Geachte

Hartelijk bedankt voor uw interesse in deze studie. Deze brief dient als uitnodiging om deel te nemen. Voor u een beslissing neemt over de deelname aan dit onderzoek, vraag ik u om de onderstaande tekst grondig te lezen. Hierin staat de kern van het onderzoek.

In het kader van mijn masterproef voor de UGent voer ik onderzoek naar de toegankelijkheid van (het) abortus(beleid) in Vlaanderen en sociale uitsluiting tegenover vrouwen uit gemarginaliseerde groepen, met name vrouwen met een migratieachtergrond. Het recht op abortus is een essentieel onderdeel van het recht op zelfbeschikking van vrouwen. Recent onderzoek van de Abortuscommissie toont echter aan dat er gebreken bestaan binnen het abortusbeleid. Deze gebreken vormen een disproportioneel hogere drempel in de toegang tot abortus voor vrouwen in een meer kwetsbare positie. Deze studie focust op het achterhalen en benoemen van deze barrières en tracht om aanbevelingen voor de wetgever op te stellen om tot een inclusiever, meer toegankelijk abortusbeleid te komen.

U, of uw organisatie gaven aan om aan dit onderzoek te willen meewerken, waarvoor alvast hartelijke dank.

Ik zal dit onderzoek volledig zelf uitvoeren. Binnen dit onderzoek zou ik graag met u een interview afnemen. Dit interview zal ik opnemen, opdat ik deze informatie later kan verwerken. Alle gegevens zullen bij de verwerking worden gepseudonimiseerd. De opnames en transcripties van de interviews zullen enkel door mijzelf en mijn promotor worden beluisterd en gelezen. Indien er bepaalde zaken of onderwerpen worden aangehaald die u liever niet bespreekt, kan u dit meedelen aan de interviewer en deze zal verdergaan naar de volgende vraag.

Aangezien u op vrijwillige basis meewerkt aan dit interview, staat het u vrij om u ten allen tijde terug te trekken uit dit interview. U moet hiervoor geen reden geven. Dit vormt geen probleem, zelfs na het ondertekenen van de geïnformeerde toestemming en hiervoor moet u verder niets doen. De opnames zullen dan spontaan en definitief verwijderd worden indien dit tot 5 dagen na het interview wordt gemeld.

Indien gewenst, mag u mij ten allen tijd vragen om de interviews te beluisteren of de transcriptie in te kijken. U kan hierbij aanpassingen aanbrengen indien gewenst. Overigens is het mogelijk om de finale versie van mijn masterproef in te kijken. Indien gewenst, kunnen citaten op vraag verwijderd worden hiervan.

Met het ondertekenen van deze geïnformeerde toestemming en een mondelinge bevestiging geeft u toestemming deze informatiebrief gelezen te hebben en deze goed te keuren. Tevens geeft u uw toestemming om dit interview met u af te nemen. Het staat u volledig vrij om deel te nemen of niet, u kan zonder enig probleem weigeren zonder opgave van een reden.

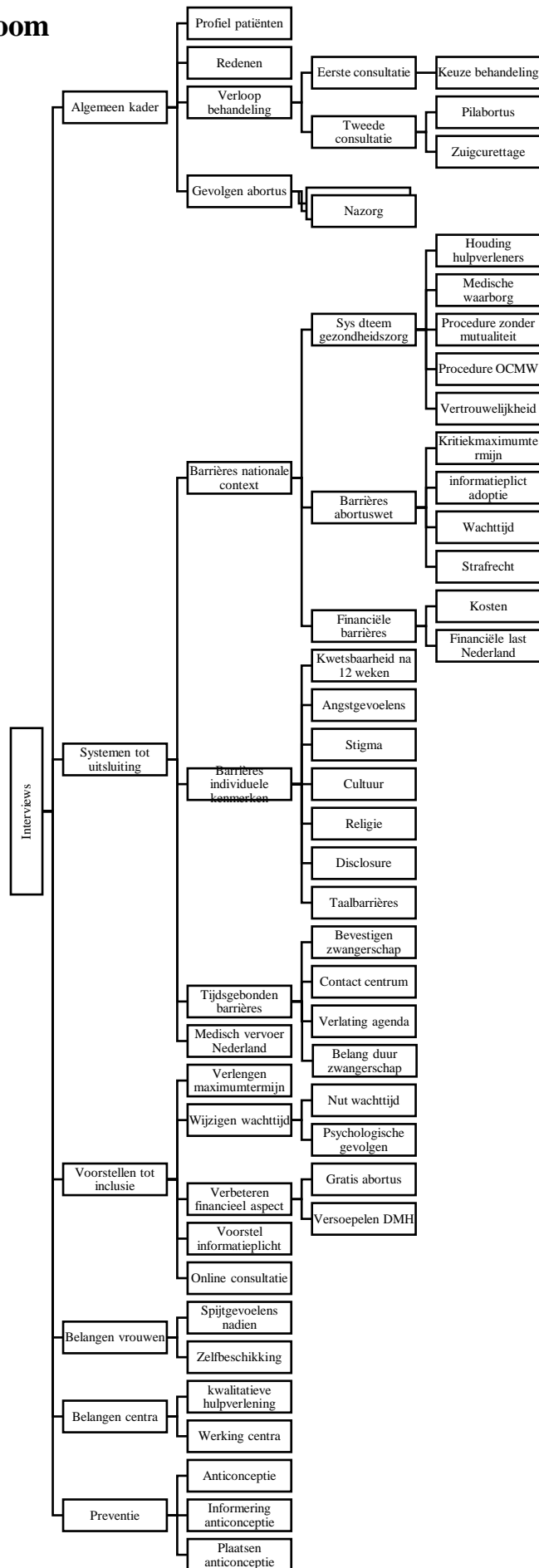
Indien u toch nog verdere informatie wenst kan u mij bereiken via email: AnnSophie.Dondeyne@UGent.be of kan u mij bellen of een berichtje sturen op het nummer 0472 51 04 02.

Alvast hartelijk bedankt, ik kijk uit naar een aangename samenwerking met u.

Met vriendelijke groeten,

Ann-Sophie Dondeyne (zij/haar)

Bijlage 4: Codeboom



Bijlage 5: Oproep sociale media



Masterproef abortus en de uitsluiting van vrouwen
met een migratieachtergrond

Respondenten gezocht

In het kader van mijn masterproef voor de
Master Gender en Diversiteit, zoek ik nog
respondenten.

Ik zoek :

- Medische of psychosociale medewerkers van een **abortuscentrum** of abortusdienst in een **ziekenhuis**
- Medewerkers van een organisatie voor **toegang tot gezondheidszorg** voor personen met **precaire verblijfsstatus** (Fedasil, Medimmigrant, etc.)
- **Huisartsen** of **gynaecologen** die regelmatig vrouwen met migratie-achtergrond doorverwijzen voor abortus

Ken je iemand of wil je zelf meewerken?
Stuur me gerust een mailtje op:
AnnSophie.Dondeyne@UGent.be

Bijlage 6: E-mail tot oproep respondenten

 Ann-Sophie Dondeyne
Aan: onthaal.gent@lunacentra.be

 Do 16-2-2023 09:09

Geachte,

In het kader van mijn masterproef binnen de opleiding Master Gender en Diversiteit aan de UGent, voer ik onderzoek naar de toegankelijkheid van abortus in Vlaanderen en sociale uitsluiting, met een bijzondere focus op de verhoogde drempels voor vrouwen met migratieachtergrond. Het einddoel van deze studie is om de concrete barrières te benoemen en op basis hiervan aanbevelingen te kunnen formuleren voor meer inclusie.

Hierbij wou ik graag de visie en ervaringen van de abortuscentra zelf verwerken, aangezien dit mij waardevolle inzichten uit de praktijk kan bieden. Ik stuur u om te informeren over de mogelijkheid om met één of meer personeelsleden een gestructureerd diepte interview te kunnen afnemen hierover. Ik zoek hierbij personeelsleden van abortuscentra die betrokken zijn bij het proces in de brede zin, dus medische personeelsleden, maar ook sociale medewerkers of bedienden lijken me een waardevol perspectief te kunnen bieden. Dit zou ongeveer 1 uur duren en kan doorgaan op locatie naar keuze of indien gewenst online.

Ik ben me bewust van de gevoelige aard van dit onderwerp en daarom zullen alle gegevens gepseudonimiseerd worden. Dit interview gebeurt op vrijwillige basis dus daarom hebben de participanten ook alle mogelijkheden om vragen te weigeren, om nadien terug te trekken of om citaten te verwijderen.

Indien u interesse heeft of nog verdere informatie wenst, kan u mij bereiken via email: AnnSophie.Dondeyne@UGent.be of kan u mij bellen of een berichtje sturen op het nummer 0472 51 04 02.

Alvast hartelijk bedankt voor uw tijd.

Met vriendelijke groet,
Ann-Sophie Dondeyne

 Beantwoorden  Doorsturen

Bijlage 7: Vragenprotocol

- Ondertekenen van informed consent
- Herhalen van de rechten in informed consent en toestemming opname herhalen

Inleidende vragen

- Kan u kort beschrijven wat uw instelling juist doet en welke rol u hierin speelt?
- Op welke manier verloopt de standaardprocedure wanneer iemand aangeeft dat deze ongewenst zwanger is of een abortus wenst te ondergaan?

Thema 1: profielen van patiënten die abortus willen

- Wat is algemeen het profiel van de personen die zich aanbieden bij uw centrum of vrouwen die binnen uw organisatie aangeven dat ze een abortus wensen?
- Er is ook steeds een groep vrouwen die jammer genoeg niet geholpen kunnen worden of niet op tijd geholpen kunnen worden. Merkt u hierin een verschil met de ‘gemiddelde’ persoon die abortus wenst? (Is er een bepaalde groep waarvan u merkt dat ze vaker niet de nodige hulp kunnen vinden?)

Thema 2: barrières specifiek aan onderzoeksgroep

- Migratievrouwen ervaren vaak een indirecte uitsluiting tot het uitvoeren van dit recht. In uw ervaring, wat zijn de factoren die hier bij deze groep vooral aan toedragen?
- Uiteraard bestaat ‘de migratievrouw’ niet en is dit een gevarieerde groep. Welke onderlinge verschillen vallen u in de praktijk op? (Zijn er bijvoorbeeld bepaalde vrouwen die de weg naar abortus sneller vinden en welke elementen (zoals taal, afkomst, generatie, etc. spelen hierbij?)

Thema 3: maximumtermijn

- Momenteel wordt er gesproken om de termijn tot 18 weken uit te stellen. Welke invloed denkt u dat dit zou hebben op de toegankelijkheid tot abortus voor migratievrouwen?

Thema 4: wachttermijn

- Hoewel de wachttermijn vaak heel bestreden is, biedt dit ook bepaalde voordelen of een meerwaarde, specifiek voor migratievrouwen die u opmerkt? (zo ja, zou een verkorte of optionele termijn volgens u dezelfde meerwaarde kunnen bieden? Waarom we/niet?)

- Het comité raadt twee verschillende opties aan: ofwel een volledige afschaffing en individuele aanpak, ofwel een wachttermijn tot de volgende dag. Vanuit de werking van uw organisatie, welke aanpak zou u eerder verkiezen en waarom?
- Tijdens corona gebeurde de eerste consultatie soms telefonisch, of zelfs de tweede fase van een abortuspil thuis. Lijkt u dit een efficiënte manier om de procedure meer toegankelijk te maken of heeft u bepaalde bedenkingen hierbij?

Thema 5: informatieplicht

- De informatieplicht is redelijk omstreden maar wordt wel nuttig geacht voor vrouwen in meer kwetsbare omstandigheden. Sommigen pleiten voor een aanpak op maat maar denkt u dat dit zal volstaan om de meer kwetsbare vrouwen voldoende te informeren?

Thema 6: financiële barrières

- Vrouwen zonder mutualiteit of met een vluchtelingenstatus moeten vaak een lange procedure ondergaan voor ze een betaalbare abortus kunnen ondergaan. Waar in die procedure zitten de grootste pijnpunten volgens u, die u merkt vanuit de praktijk?
- Het comité schuift hier ook twee opties naar voor: ofwel een gratis abortus zonder de noodzaak tot een mutualiteit, ofwel een versoepeling van de procedure van dringende medische hulp, welke lijkt u beter en waarom?

Thema 7: strafrecht

- Merkt u in de praktijk dat de strafbaarstelling van abortus een invloed heeft op de toegankelijkheid, in het bijzonder voor migratievrouwen? (Zo ja, denkt u dat het decriminaliseren een beduidende invloed kan hebben op de toegankelijkheid?)

Afsluiten

- Zijn er volgens u in dit interview zaken waar ik niets over heb gezegd, die volgens u toch zeker relevant zijn in het verbeteren van het recht op abortus voor migratievrouwen?
- Is er nog iets dat u omtrent dit onderwerp graag zou willen delen of verduidelijken?