

Nationale commissie
voor de evaluatie
van de wet van 15 oktober 2018
betreffende
de zwangerschapsafbreking
(wet van 13 augustus 1990)

Verslag ten behoeve
van het parlement
1 januari 2018 – 31 december 2019



Februari 2021

INLEIDING 6-7

Registratieformulier	8-9
Formulier jaarlijks verslag van de instelling	10-11
Formulier jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst	12

1. STATISTISCH VERSLAG 13-56

Voorafgaande opmerkingen	13
--------------------------	----

1. Beschrijving 14

A. SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS 14

1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw	14-15
2. De zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat	16
3. De zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht	17
4. De zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw	18
4.1 Algemene gegevens	18
4.2 Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland	19
5. Instellingen waar de zwangerschapsafbreking werd uitgevoerd	19

B. PSYCHO-SOCIALE GEGEVENS 21

6. Ingeroepen noodsituaties	21
-----------------------------	----

C. MEDISCHE GEGEVENS 22

7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de laatste maand	22
8. Oorzaken falen	23

D. MEDISCH-TECHNISCHE ASPECTEN VAN DE BEHANDELING 24

9. Methode van zwangerschapsafbreking	24
10. Verdoving	25
11. Opnameduur	26
12. Verwickelingen	27

2. Gekruiste tabellen 28

1. NOODSITUATIE 28

1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen	28
1.2. Woonplaats van de vrouw en het inroepen van persoonlijke redenen	28
1.3. Noodsituatie en leeftijd	29
1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat	30
1.5. Noodsituatie en aantal kinderen	31

2. VOORBEHOEDMIDDELEN	32
2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën	32-33
2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat	34
2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen	35-36
3. METHODE VAN ZWANGERSCHAP	37
3.1. Methode van zwangerschap en verwickelingen	37
3.2. Methode van zwangerschap en verdoving	38
3.3. Methode van zwangerschap en leeftijdscategorieën	39
3.4. Methode van zwangerschap en opnameduur	40
4. OPNAMEDUUR	41
4.1. Opnameduur en verdoving	41
4.2. Opnameduur en verwickelingen	41
5. ZIEKENHUIS OF CENTRUM	42
5.1. Ziekenhuis of centrum naar de woonplaats van de vrouw	42
5.2. Ziekenhuis of centrum volgens leeftijdscategorieën	43
5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen	44
5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur	44
5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking	45
5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving	46
5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken	46
BIJLAGE 1	47-53
Toelichting bij de sub-rubriek “andere” in het registratiedocument voor een Zwangerschapsafbreking	
1. “Andere” noodsituaties	47-51
2. “Andere” anticonceptiemethodes	51
3. “Andere” methodes van zwangerschapsafbreking	51
4. “Andere” methodes van verdoving	52
5. “Andere” verwickelingen	52-53
BIJLAGE 2	54-56
Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken	
A. De redenen wegens ernstig gevaar voor de gezondheid van de moeder	54
B. De redenen wegens uiterst zware of ongeneeslijke aandoeningen waaraan het kind zou lijden	55-56

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG **57-59**

INLEIDING	57-58
1. NEDERLANDSTALIGE INSTELLINGEN	59
Tabel - Nederlandstalige centra	
Tabel - Nederlandstalige ziekenhuizen	

2. FRANSTALIGE INSTELLINGEN	59
Tabel - Franstalige centra	
Tabel - Franstalige ziekenhuizen	
3. OVERZICHT	60
Tabel - Centra	
Tabel – Ziekenhuizen	

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN 61-89

1. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN	62-72
A. CENTRA	62
1. Samenstelling en werking van de dienst	62
2. Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst	63
3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	64-65
4. Voorstellen om de preventie te verbeteren	66-70
B. ZIEKENHUIZEN	71
1. Samenstelling en werking van de dienst	71
2. Aantal raadplegingen van de dienst naar aanleiding van problemen	71
3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden	71
4. Voorstellen om de preventie te verbeteren	72
2. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN	73-89
A. CENTRA	73
1. Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie	73
2. Werking van de dienst	73-75
3. Aantal consultaties van de dienst	75
4. Methodes van opvang en begeleiding	76-78
5. Specifieke gevallen van opvang en begeleiding	78-79
6. Voorstellen ter verbetering van de preventie	80-83
B. ZIEKENHUIZEN	84
1. Aantal personen dat in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie	84
2. Werking van de dienst	85
3. Aantal consultaties van de dienst naar aanleiding van problemen	85
4. Methodes van opvang en begeleiding	85-87
5. Specifieke gevallen van opvang en begeleiding	87-88
6. Voorstellen ter verbetering van de preventie	88-89

4. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

90-127

A. BESLUITEN

90-92

B. AANBEVELINGEN - MEMORANDUM

93-127

Algemene inleiding	94
Verklarende woordenlijst	95
Voorafgaande opmerkingen	95-96
1. ANTICONCEPTIE: INFORMATIE EN TOEGANKELIJKHEID	97-108
A. Informatie en toegankelijkheid	98-105
1) Anticonceptie voor vrouwen	99-100
2) Langdurige anticonceptie voor vrouwen	101-103
3) Anticonceptie voor mannen	103
4) Relationele affectieve en seksuele opvoeding	104-105
B. Kostprijs en terugbetaling van de anticonceptie, de noodpil en de langdurige anticonceptie	105-106
C. Voorschrift voor noodanticonceptie	107
D. Informatie over vrijwillige zwangerschapsafbreking	107-108
2. OPVANG IN HET ZIEKENHUIS	108-115
A. Eerstelijnsopvang	110-111
B. Onthaal op de dienst	111-112
C. Aanpak van de vrijwillige zwangerschapsafbreking	112-113
D. Gesprek vóór een vrijwillige zwangerschapsafbreking	113-114
E. Gesprek na een vrijwillige zwangerschapsafbreking	114
F. Vertrouwelijkheid	115
3. OPLEIDING VAN ARTSEN EN PARAMEDISCH PERSONEEL BUITEN HET ZIEKENHUIS	116
4. REGISTRATIE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING OM MEDISCHE REDENEN	117-118
5. VRIJWILLIGE ZWANGERSHAPSAFBREKING EN KWETSBAAR PUBLIEK	119-123
A. Vrouwen met een lage socio-economische status	119-120
B. Vrijwillige zwangerschapsafbreking en geweld	121
C. Zwangerschap en arbeidsmarkt	121-122
D. Vrijwillige zwangerschapsafbreking en handicap / gezondheid	122-123
6. PRIORITAIRE AANBEVELINGEN	123-124
7. BESLUITEN	125
8. MINDERHEIDSSTANDPUNT	126-127

5. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE EN HAAR ADMINISTRATIEF KADER **128-129**

- 1. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE
ZWANGERSCHAPSAFBREKING** **128**
- 2. SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEF KADER VAN DE
NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE** **129**

6. WETTEKSTEN **130-143**

1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking 130-132
2. Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de
Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking 133-136
3. Wet van 16 juni 2016 tot wijziging van de wet van 13 augustus 1990
betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie voor
zwangerschapsafbreking 137
4. 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 138-143

7. BIBLIOGRAFIE **144-151**

1. Wetgeving – Politieke verklaringen 144
2. Analyses 144-149
3. Video 149
4. Brochures 149
5. Internetsites 150
6. Sectorgericht 150-151
7. Statistieken 151
8. Eindwerken 151

Inleiding

Aan het Parlement wordt het zestiende tweejaarlijks verslag van de Nationale Evaluatiecommissie, opgericht bij wet van 13 augustus 1990, overgemaakt.

De Commissie is belast met de evaluatie van de Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.

Dit verslag heeft betrekking op de aangiften van de zwangerschapsafbrekingen die haar werden overgemaakt voor de jaren 2018 en 2019.

Ter herinnering, de eerdere werkzaamheden van de Commissie maakten het voorwerp uit van de volgende mededelingen aan het Parlement:

- in augustus 1992 werd het Parlement ingelicht over de stand van de werkzaamheden van de Commissie;
- in augustus 1993 verscheen het verslag over de registraties van 1 oktober tot 31 december 1992;
- in augustus 1994 volgde het verslag over het jaar 1993;
- in augustus 1996, 1998, 2000, 2002, 2004 en 2006 de verslagen respectievelijk over de registraties van 1994-1995, 1996-1997, 1998-1999, 2000-2001, 2002-2003 en 2004-2005;
- in december 2008 betreffend de registraties van de jaren 2006-2007;
- de laattijdigheid van deze laatste mededeling maakte het voorwerp uit van enige uitleg in het voorwoord van het verslag met betrekking tot die periode;
- in september 2010 over de registraties van de jaren 2008 en 2009;
- in december 2012 over de registraties van de jaren 2010 en 2011;
- in februari 2020 werden er 3 tweejaarlijkse verslagen over de registraties van 2012-2013, 2014-2015 en 2016-2017 overgemaakt aan het Parlement. De conclusies en aanbevelingen die de Nationale Evaluatiecommissie op basis van deze zes jaar aan de wetgever heeft voorgesteld, werden uiteengezet in een bijkomend memorandum dat ook in februari 2020 werd gepubliceerd.

De reden van de laattijdigheid van de publicatie van deze verslagen werd uiteengezet in het voorwoord van deze verslagen.

Het huidig verslag had normaliter in september 2020 moeten verschijnen, maar door de langdurige coronamaatregelen die in 2020 werden genomen, om deze covid-19 pandemie in te dijken, kon dit niet gebeuren. Ook door de lockdown en het absenteïsme van de bevolking, wegens deze ziekte, waardoor sommige instellingen hun documenten te laat aan het secretariaat van de Commissie hebben doorgestuurd, kon dit rapport pas in februari 2021 aan het Parlement worden overgemaakt.

De Commissie wil eens te meer benadrukken dat zij slechts beschikt over de inlichtingen, die de wet haar toelaat te vragen aan de betrokken artsen en de instellingen voor gezondheidszorg.

Dit verslag is ingedeeld in drie delen.

- Het eerste deel is het statistisch verslag en bevat enkel cijfergegevens. Het bestaat uit twee onderdelen: het eerste geeft de beschrijving van de zogenoemde “bruto” sociaal-demografische, psychosociale en medische gegevens; het tweede stelt de onderlinge correlaties vast tussen de bruto gegevens.
- Het tweede deel betreft de gegevens, ingewonnen overeenkomstig de wet van 13 augustus 1990, bij de instellingen voor gezondheidszorg aan de hand van de jaarverslagen die ze aan de Commissie hebben gestuurd.
- Het derde deel bevat een synthese van inlichtingen, die de Nederlandstalige en Franstalige voorlichtingsdiensten in hun jaarverslagen aan de Commissie hebben overgemaakt.

De voltallige Commissie wenst opnieuw uitdrukkelijk haar dank uit te spreken aan de administratieve personeelsleden die haar werden ter beschikking gesteld voor de registratie en de verwerking van de gegevens. Zij apprecieert hun toewijding en bekwaamheid.

Voorzijde van het registratieformulier

REGISTRATIEFORMULIER ZWANGERSCHAPSAFBREKING

(versie 2005)

Formulier (origineel) te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de Zwangerschapsafbreking binnen de vier maanden na de zwangerschapsafbreking (zie ommezijde a.u.b.)

Onderhavig strookje wordt teruggezonden als ontvangstbewijs op volgend adres zoals door de arts gewenst :

Naam van de arts :
Straat :
P.N. + gemeente

Stempel van de arts, datum + handtekening :

Naam + adres van de instelling :

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst :

Codenummer arts

Datum invoering :

Codenummer instelling :

Verwijsnummer :

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst :

Codenummer arts :

Datum invoering :

Codenummer instelling

Verwijsnummer :

1 Datum

- a) aanvraag zwangerschapsafbreking :
- b) eerste gesprek met de voorlichtingsdienst :
- c) zwangerschapsafbreking :

2 Vrouw a) leeftijd :

b) burgerlijke staat :

1. Ongehuwd

2. Gehuwd

3. Gescheiden

4. Weduwe

c) aantal kinderen ter wereld gebracht :

d) woonplaats :

0. Land indien woonplaats

7. Limburg

in het buitenland (*)

8. Luxemburg

1. Antwerpen

9. Namen

3. West-Vlaanderen

11. Vlaams-Brabant

4. Oost-Vlaanderen

12. Waals-Brabant

5. Henegouwen

13. Brussels Hoofd- stedelijk

6. Luik

Gewest

LAND : (*) _____

3 a) Noodsituatie door de vrouw ingeroepen (zie ommezijde a.u.b.)

1, 2 of 3 codenummers invullen :

3 b) Indien de zwangerschapsafbreking na de termijn van 12 weken

uitgevoerd werd :

1) vermelding van het ernstig gevaar dat de voltooiing van de zwangerschap inhoudt voor de gezondheid van de vrouw : (*)

(*) _____

2) uiterst zware kwaal waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt. Deze uiterst zware kwaal wordt op het ogenblik van de diagnose als ongeneeslijk erkend : (*)

(*) _____

4 Verklaring van de vrouw m.b.t. :

a) de gebruikte voorbehoedmiddelen gedurende de

cyclus waarin ze bevrucht werd :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------|
| 01. geen | 10. sterilisatie man |
| 02. coïtus interruptus | 11. sterilisatie vrouw |
| 03. periodieke onthouding | 12. sterilisatie van beiden |
| 04. spermicide middelen | 13. « morning after » pil |
| 05. pessarium | 14. implan |
| 06. condom | 15. patch |
| 07. orale pil | 16. vaginale ring |
| 08. prikpil | 17. N.F.P.- methode |
| 09. IUD (Intra-uteriene middelen) | 18. andere anticonceptiva: |

b) oorzaak falen :

1. heeft geen anticonceptie toegepast
2. onregelmatig of niet correct gebruikt
3. heeft gefaald alhoewel goed gebruikt
4. weet niet

5 Methode van zwangerschapsafbreking :

a) aard van de ingreep :

- | | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 1. vacuümaspiratie | 4. mifépristone |
| 2. curettage & dilatatie | 5. mifépristone + curettage |
| 3. prostaglandine | 6. andere methode |

b) verdoving:

- | | | |
|------------|-------------------|----------------------|
| 1. geen | 2. loco-regionale | <input type="text"/> |
| 3. narcose | 4. andere : _____ | |

c) opnameduur :

- | | |
|------------------------------|----------------------|
| 1. geen (ambulant) | <input type="text"/> |
| 2. opname : 24 uur of minder | |
| 3. opname : meer dan 24 uur | |

6 Verwickelingen :

- | | |
|---|----------------------|
| 1. geen | |
| 2. geschat bloedverlies meer dan 500 ml | <input type="text"/> |
| 3. perforatie | |
| 4. cervixscheur | |
| 5. andere : _____ | |

Adres

Federale overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen
en Leefmilieu

Nationale Evaluatiecommissie

Lokaal 07C 034 (7^{de} verdieping)

Victor Hortaplein 40, bus 10

1060 Brussel

Rubriek 3a) 1, 2 of 3 codenummers invullen

- 00. Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw
- 01. Lichamelijke problemen van het kind dat zal geboren worden
- 02. Problemen van geestelijke gezondheid

- 13. Vrouw voelt zich te jong
- 14. Vrouw voelt zich te oud
- 15. Studente
- 16. Alleenstaande
- 17. Momenteel geen kinderwens (gezinsspreiding e.d.m.)
- 18. Voltooid gezin

- 20. Financiële problemen
- 21. Werksituatie
- 22. Woonsituatie

- 30. Relatie onlangs verbroken
- 31. Partner aanvaardt zwangerschap niet
- 32. Occasionele relatie
- 33. Te recente relatie
- 34. Buitenechtelijke relatie
- 35. Partnerrelatiemoeilijkheden
- 36. Relatieproblemen met omgeving
- 37. Juridische problemen i.v.m. echtscheiding

- 40. Verkrachting
- 41. Incest

- 50. Vreemdelinge in precaire administratieve situatie

- 99. Andere, te preciseren :

Formulier jaarlijks verslag van de instelling

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE INSTELLING

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend waarop de informatie betrekking heeft)

Onderhavig strookje wordt teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs van het formulier.

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd :

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur

Stempel van de instelling

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Verwijsnummer :

Codenummer van de instelling

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst :

Verwijsnummer :

Datum invoering :

Codenummer van de instelling :

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari-31 december)

1. Aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking ingediend bij de Instelling of bij artsen verbonden aan de instelling (1):

2. Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen :

waarvan na de termijn van 12 weken (art. 350, lid 2, 4^ostrafwetboek):

2. Totaal aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd afge-
wezen *(2) door de aan de instelling verbonden arts(en) dwz. de
verzoeken waaraan geen gevolg in uw instelling werd gegeven *(3) :

Dit verslag moet vergezeld zijn van een verslag van de voorlichtingsdienst
van de instelling en tijdig verzonden worden naar de
FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu
Nationale Evaluatiecommissie – Lokaal 07C 034
Victor Hortaplein 40, bus 10
1060 BRUSSEL

*(1) (2) (3) cfr. handleiding als bijlage

HANDLEIDING BIJ HET JAARLIJKS VERSLAG VAN DE INSTELLING

*(1) Dit wil zeggen : de verzoeken die aanleiding hebben gegeven tot het openen van een zwangerschapsdossier.

(2) De term "afgewezen" kan één van de volgende betekenissen hebben :

- de vrouw komt niet naar de afspraak ;
- geen informatie na het verzoek ;
- de vrouw is niet zwanger op het moment van het verzoek ;
- miskraam tijdens de wachtperiode ;
- de aanvraag overschrijdt de termijn van twaalf weken en de vrouw wordt doorverwezen naar het buitenland ;
- de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 14 weken amenorroe na de 6 dagen wachttijd ;
- de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of narcose ;
- de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België ;
- de vrouw beslist de zwangerschap te voltooien ;
- de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

*(3) Logischerwijze moet "punt 1 min punt 2 gelijk zijn aan punt 3".

Formulier jaarlijks verslag van de voorlichtingsdienst

JAARLIJKS VERSLAG VAN DE VOORLICHTINGSDIENST

(Origineel te zenden naar de Evaluatiecommissie betreffende de zwangerschapsafbreking uiterlijk tegen 30 april van het jaar volgend op dat waarop de informatie betrekking heeft)
Onderhavig strookje wordt teruggezonden door de Evaluatiecommissie als ontvangstbewijs van het formulier.

Naam en adres van de instelling waar de zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd:

.....
.....

Stempel van de
instelling

Datum, naam en handtekening van de verantwoordelijke directeur:

.....

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Verwijsnummer :

Codenummer van de instelling :

Voorbehouden aan de Evaluatiecommissie

Datum ontvangst :

Verwijsnummer :

Datum invoering :

Codenummer van de instelling :

Jaar waarop de informatie betrekking heeft (1 januari – 31 december)

1. Samenstelling van de dienst (met het oog op de toepassing van de wet op de zwangerschapsafbreking)

a) Aantal personen werkzaam in de voorlichtingsdienst

b) Kwalificatie van de diverse personeelsleden

Aantal

juristen :

psychologen :

maatschappelijke assistenten :

gezinsadviseurs :

artsen :

andere :

c) werking van de dienst, beschikbaarheid, toegankelijkheid, openingsuren, ruimtelijke inrichting, registratiemethoden, gebruikte documenten, ter hand gestelde informatie (eventuele nota's of documenten bijvoegen) :

.....

2. Totaal aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst i.f.v. problemen
inzake zwangerschapsafbreking

3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden (eventuele nota's of documenten bijvoegen):

a) vóór de zwangerschapsafbreking :

b) tijdens de zwangerschapsafbreking :

c) ná de zwangerschapsafbreking :

4. Zijn er gevallen van opvang en hulp waar u op wenst te wijzen ?

.....

Hebt u vanuit uw ervaring eventueel voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te
Verbeteren ?

.....

Voorafgaande opmerkingen bij dit statistisch verslag

De rubriek “geen antwoord”, vermeld in de tabellen, betekent dat het registratiedocument van een zwangerschapsafbreking dat door de arts werd overgemaakt geen antwoord op de betrokken rubriek bevat.

De rubriek “andere”, vermeld in de tabellen bij de ingeroepen noodsituaties, de anticonceptiemethoden, de methoden voor zwangerschapsafbreking, de verdoving en de verwickelingen, wordt gedetailleerd toegelicht in BIJLAGE 1.

Bijkomende gegevens over de zwangerschapsafbrekingen na de periode van twaalf weken, worden verstrekt in BIJLAGE 2.

De statistische gegevens in dit tweejaarlijks verslag omvatten niet de gegevens van de registratiedocumenten die te laatigdig werden overgemaakt aan het secretariaat van de Evaluatiecommissie. Deze gegevens werden verwerkt en geregistreerd in een aparte database, namelijk 2014 BIS en 2015 BIS.

De laatigdigheid van deze registratieformulieren varieert tussen enkele maanden tot één of zelfs twee jaar.

Het aantal laatigdigge registratieformulieren wordt per jaartal opgenomen in BIJLAGE 3.

1. Beschrijving

A. SOCIAAL-DEMOGRAFISCHE GEGEVENS

1. De zwangerschapsafbrekingen naar de leeftijd van de vrouw

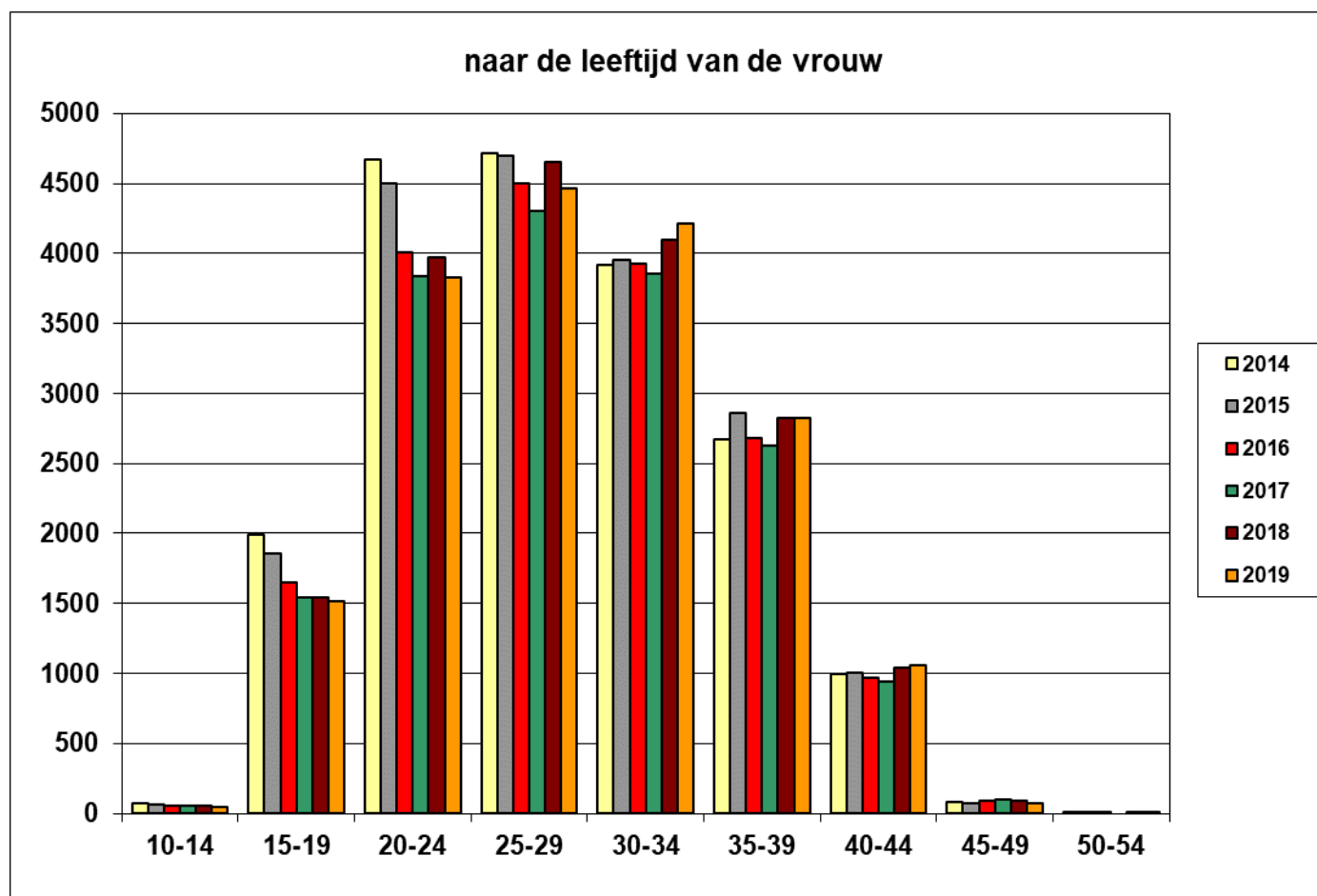
leeftijd	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
10	0	0	0,00	0,00
11	0	0	0,00	0,00
12	0	0	0,00	0,00
13	14	12	0,08	0,07
14	41	33	0,22	0,18
15	102	90	0,56	0,50
16	168	188	0,92	1,04
17	311	269	1,70	1,49
18	420	399	2,30	2,21
19	543	568	2,97	3,15
20	677	637	3,70	3,53
21	704	702	3,85	3,89
22	839	790	4,59	4,38
23	849	830	4,65	4,60
24	899	865	4,92	4,80
25	924	858	5,06	4,76
26	958	948	5,24	5,26
27	921	885	5,04	4,91
28	991	885	5,42	4,91
29	861	888	4,71	4,93
30	900	949	4,93	5,26
31	898	882	4,91	4,89
32	781	865	4,27	4,80
33	779	770	4,26	4,27
34	739	750	4,04	4,16
35	672	648	3,68	3,59
36	640	622	3,50	3,45
37	581	590	3,18	3,27
38	514	491	2,81	2,72
39	419	476	2,29	2,64
40	361	379	1,98	2,10
41	263	272	1,44	1,51
42	229	213	1,25	1,18
43	119	118	0,65	0,65
44	67	75	0,37	0,42
45	45	39	0,25	0,22
46	23	21	0,13	0,12
47	9	11	0,05	0,06
48	6	4	0,03	0,02
49	4	1	0,02	0,01
50	1	2	0,01	0,01
51	0	0	0,00	0,00
52	0	1	0,00	0,01
53	0	1	0,00	0,01
54	0	0	0,00	0,00
55	0	0	0,00	0,00
totaal	18272	18027	100,00	100,00
Ouder dan 55*	1	0	<i>* Het betreft hier een vrouw van 56 jaar.</i>	
algemeen totaal	18273	18027		

gemiddelde leeftijd in 2018 : **28,63**

gemiddelde leeftijd in 2019: **28,77**

Naar de leeftijd van de vrouw per leeftijdscategorie

leeftijds- categorie	aantal						%					
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2014	2015	2016	2017	2018	2019
10-14	68	62	53	52	55	45	0,36	0,33	0,30	0,30	0,30	0,25
15-19	1986	1860	1651	1544	1544	1514	10,39	9,78	9,24	8,95	8,45	8,40
20-24	4675	4502	4011	3836	3968	3824	24,47	23,68	22,44	22,23	21,72	21,21
25-29	4713	4693	4498	4301	4655	4464	24,67	24,68	25,16	24,92	25,48	24,76
30-34	3917	3954	3925	3852	4097	4216	20,50	20,80	21,96	22,32	22,42	23,39
35-39	2672	2857	2680	2630	2826	2827	13,98	15,03	14,99	15,24	15,47	15,68
40-44	996	1007	969	945	1039	1057	5,21	5,30	5,42	5,48	5,69	5,86
45-49	77	75	89	97	87	76	0,40	0,39	0,50	0,56	0,48	0,42
50-54	3	2	1	0	1	4	0,02	0,01	0,01	0,00	0,01	0,02
totaal	19107	19012	17877	17257	18272	18027	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
ouder dan 54	0	1	1	0	1	0						
alg. totaal	19107	19013	17878	17257	18273	18027						



Volgens de hieronder vermelde gegevens van de Inspectie voor Gezondheidszorg hebben gespecialiseerde ziekenhuizen in Nederland een aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd bij vrouwen woonachtig in België :

in 2018: **444** zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd in Nederland.

in 2019: ----- zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd in Nederland. (nog niet gekend)

2. Zwangerschapsafbrekingen naar de burgerlijke staat

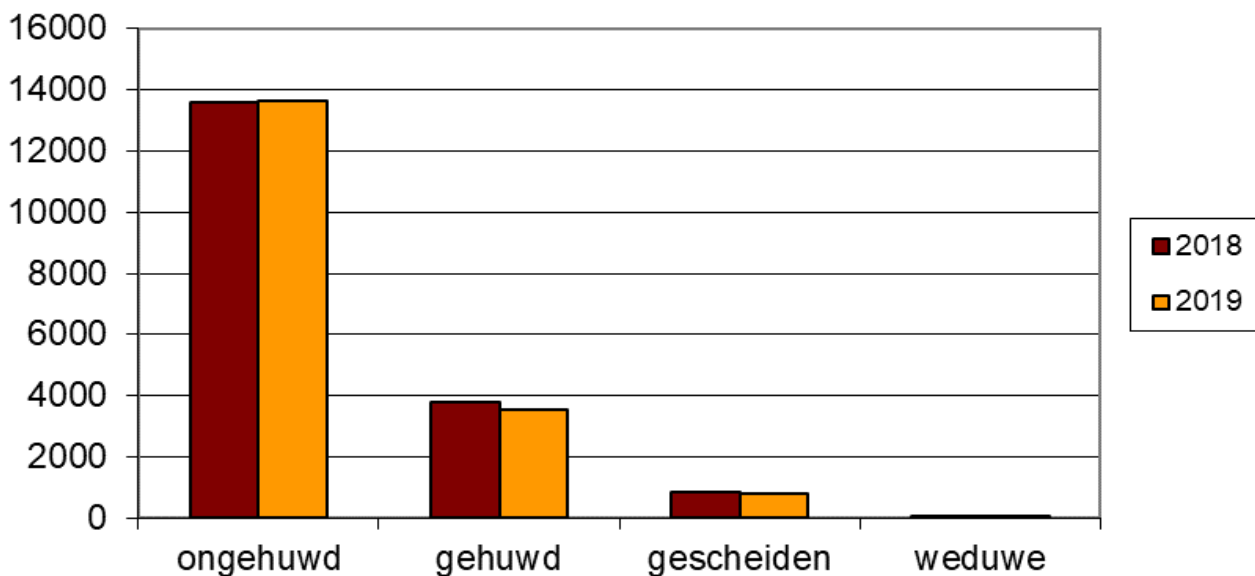
burgerlijke staat (*)	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
Ongehuwd	13607	13637	74,47	75,65
gehuwd	3800	3566	20,80	19,78
gescheiden	827	789	4,53	4,38
weduwe	39	35	0,21	0,19
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		

(*)De officiële cijfers van de burgerlijke staat laten niet toe een juist beeld te vormen van de reële situatie van de patiënten. Zo kan een vrouw met als burgerlijke staat "gehuwd" met haar echtgenoot of met een andere partner samenleven, of als alleenstaande leven. Een vrouw met als burgerlijke staat "ongehuwd" kan ook als koppel samenleven.

Tot op heden werd de burgerlijke staat "wettelijk samenwonend" ondergebracht in de rubriek "ongehuwd"

Rekening houdend met de maatschappelijke evolutie en de diversiteit van de gezinssamenstellingen werd er een nieuwe rubriek, namelijk "wettelijk samenwonend", bijgevoegd op het nieuwe registratieformulier (versie 2019) dat pas vanaf 2020 in gebruik werd genomen. Deze nieuwe gegevens betreffende de jaren 2020-2021 zullen in het volgende tweejaarlijks verslag van 2022 worden gepubliceerd.

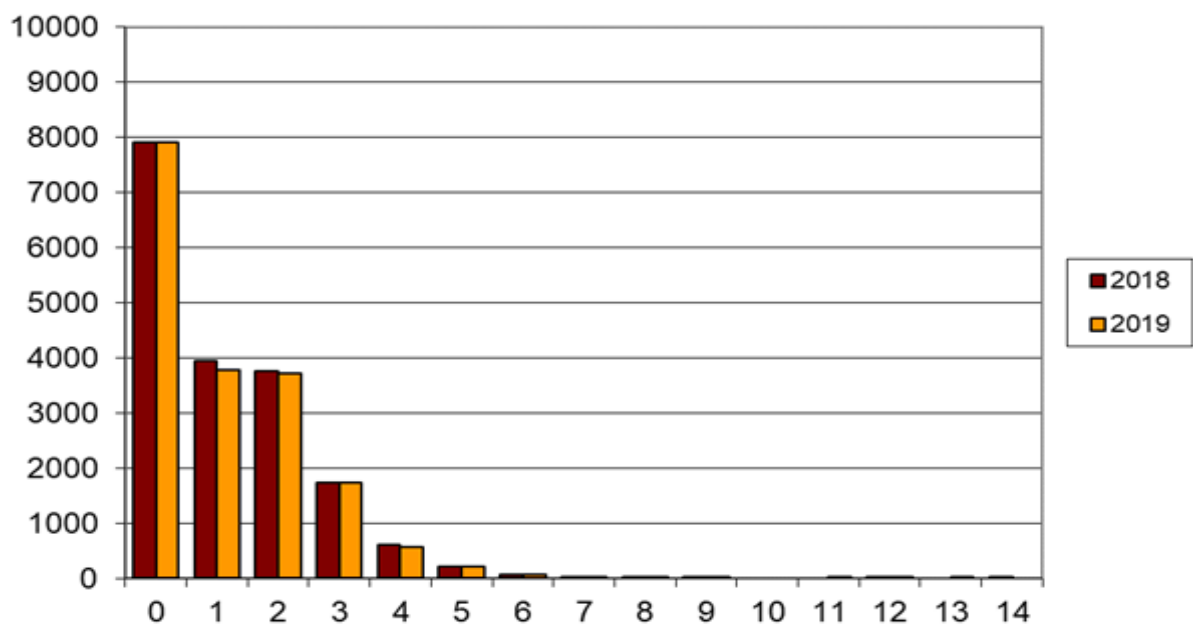
burgerlijke staat



3. Zwangerschapsafbrekingen naar het aantal kinderen ter wereld gebracht

kinderen	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
0	7900	7912	43,23	43,89
1	3948	3787	21,61	21,01
2	3762	3708	20,59	20,57
3	1735	1731	9,49	9,60
4	615	564	3,37	3,13
5	216	213	1,18	1,18
6	62	73	0,34	0,40
7	21	20	0,11	0,11
8	9	13	0,05	0,07
9	3	1	0,02	0,01
10	0	0	0,00	0,00
11	0	2	0,00	0,01
12	1	2	0,01	0,01
13	0	1	0,00	0,01
14	1	0	0,01	0,00
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal				

aantal kinderen

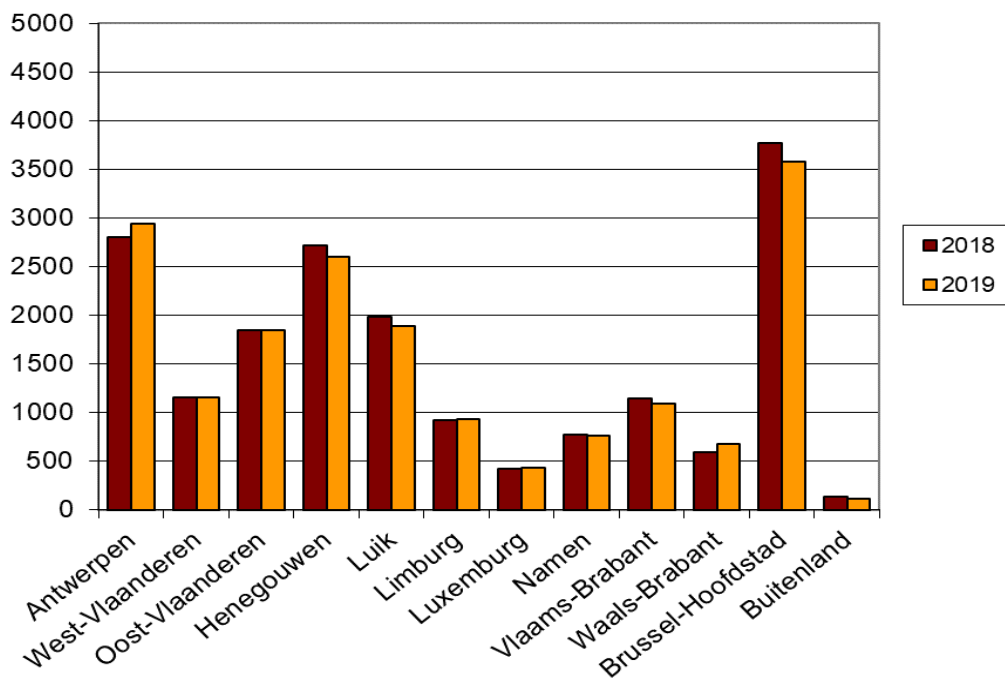


4. Zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats van de vrouw

4.1. Algemene gegevens

woonplaats	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
Antwerpen	2803	2937	15,34	16,29
West-Vlaanderen	1153	1159	6,31	6,43
Oost-Vlaanderen	1848	1846	10,11	10,24
Henegouwen	2715	2604	14,86	14,44
Luik	1988	1890	10,88	10,48
Limburg	921	932	5,04	5,17
Luxemburg	426	437	2,33	2,42
Namen	776	759	4,25	4,21
Vlaams-Brabant	1142	1096	6,25	6,08
Waals-Brabant	592	676	3,24	3,75
Brussel-Hoofdstad	3770	3575	20,63	19,83
Buitenland	139	116	0,76	0,64
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		

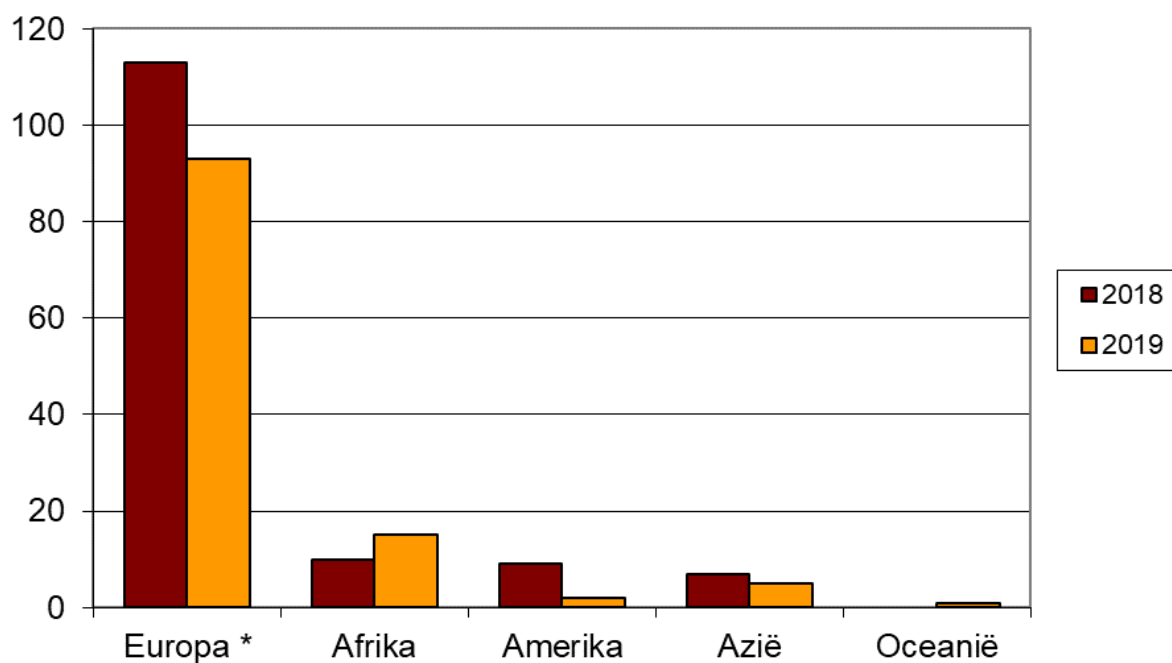
zwangerschapsafbrekingen naar de woonplaats



4.2. Vrouwen gedomicilieerd in het buitenland: indeling per werelddeel

afkomst	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
Europa	113	93	81,29	80,17
Afrika	10	15	7,19	12,93
Amerika	9	2	6,47	1,72
Azië	7	5	5,04	4,31
Oceanië	0	1	0,00	0,86
totaal	139	116	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	139	116		

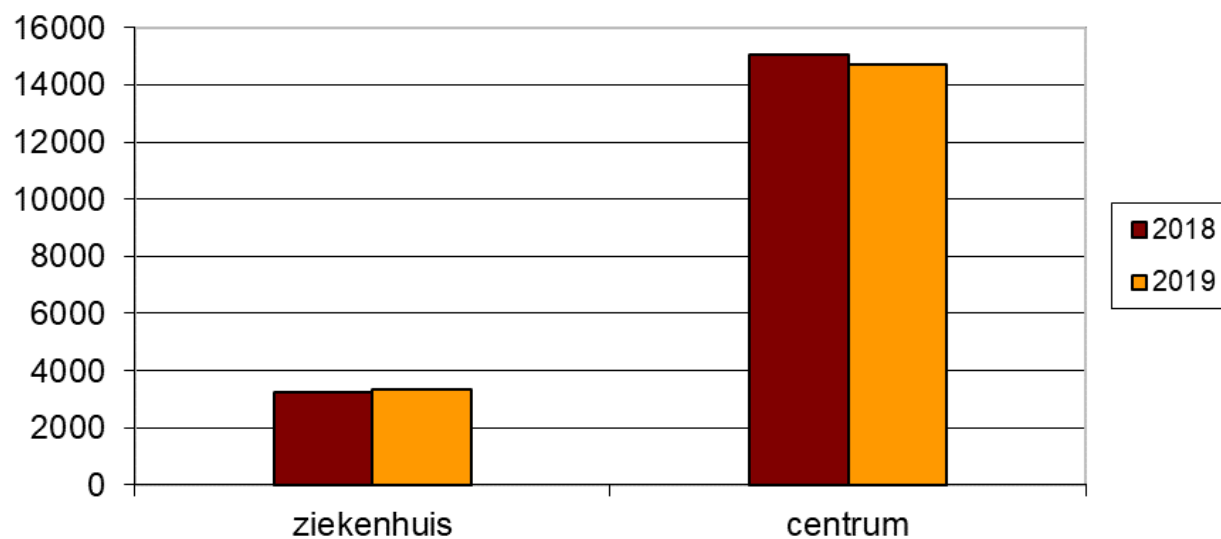
vrouwen gedomicilieerd in het buitenland



5. Instellingen waar zwangerschapsafbrekingen werden uitgevoerd

type instelling	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	3240	3322	17,73	18,43
centrum	15033	14705	82,27	81,57
algemeen totaal	18273	18027	100,00	100,00

verhouding centrum / ziekenhuis



B. PSYCHO-SOCIALE GEGEVENS

6. Ingeroepen noodsituaties

Lijst van noodsituaties

A.00 Lichamelijke problemen van de zwangere vrouw

A.01 Lichamelijke problemen van het kind dat zal worden geboren

A.02 Problemen van geestelijke gezondheid

B.13 De vrouw voelt zich te jong

B.14 De vrouw voelt zich te oud

B.15 Studente

B.16 Alleenstaande vrouw

B.17 Momenteel geen kinderwens

B.18 Voltooid gezin

C.20 Financiële redenen

C.21 Werksituatie

C.22 Woonsituatie

D.30 Relatie onlangs verbroken

D.31 Partner aanvaardt de zwangerschap niet

D.32 Occasionele relatie

D.33 Te recente relatie

D.34 Buitenechtelijke relatie

D.35 Partnerrelatiemoeilijkheden

D.36 Relatiemoeilijkheden met de omgeving

D.37 Juridische problemen i.v.m. de echtscheiding

E.40 Verkrachting

E.41 Incest

F.50 Politiek vluchteling

G.99 Andere

Categorieën van noodsituaties

A. Lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder of van het kind dat zal worden geboren

B. Persoonlijke redenen

C. Financiële of materiële redenen

D. Relationele of familiale problemen

E. Zwangerschap na verkrachting of incest

F. Politiek vluchteling

G. Andere redenen

(*) Volgens de Wet van 15 oktober 2018 betreffende de

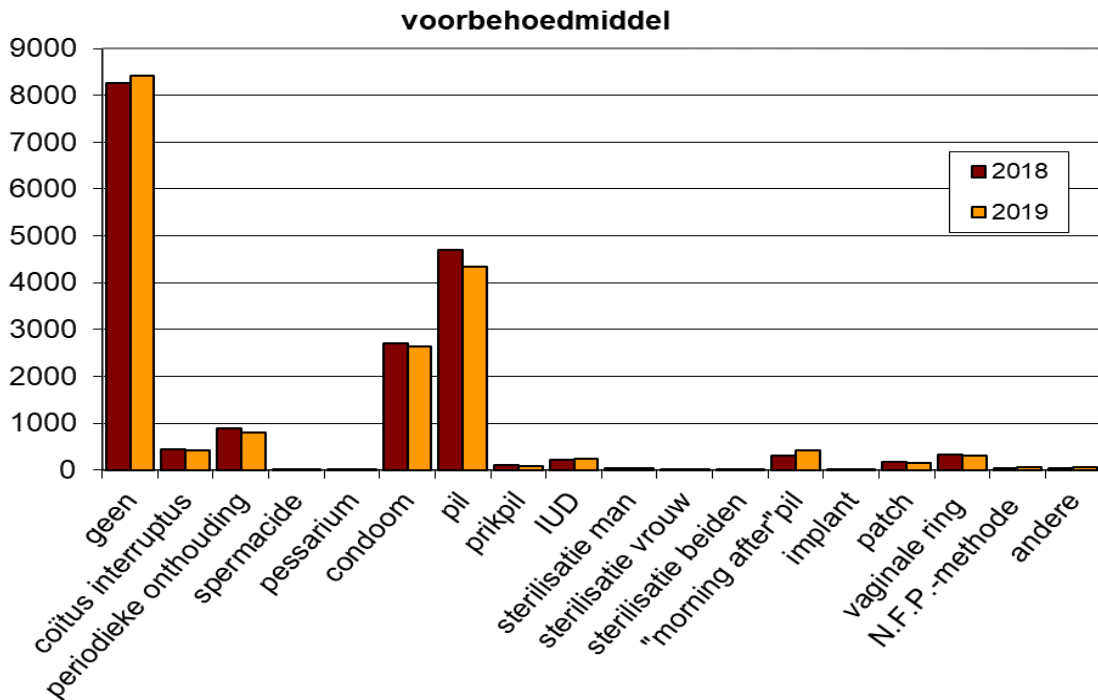
vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen (BS. 29/10/2018) is het niet meer verplicht een noodsituatie te melden. Hierdoor werd er vanaf eind oktober 2018 (eerst matig en nadien in grotere aantallen) een veel grotere toename van de code G.99 waargenomen.

lijst	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
A.00	526	447	2,14	1,98
A.01	268	242	1,09	1,07
A.02	168	124	0,68	0,55
B.13	2098	1312	8,55	5,83
B.14	455	315	1,85	1,40
B.15	1503	1013	6,12	4,50
B.16	542	337	2,21	1,50
B.17	7198	4034	29,33	17,91
B.18	3389	2142	13,81	9,51
C.20	1140	838	4,65	3,72
C.21	1034	757	4,21	3,36
C.22	434	371	1,77	1,65
D.30	1147	747	4,67	3,32
D.31	469	300	1,91	1,33
D.32	638	430	2,60	1,91
D.33	1095	814	4,46	3,61
D.34	292	200	1,19	0,89
D.35	930	584	3,79	2,59
D.36	122	86	0,50	0,38
D.37	32	40	0,13	0,18
E.40	37	43	0,15	0,19
E.41	1	1	0,00	0,00
F.50	199	145	0,81	0,64
G.99(*)	823	7197	3,35	31,96
totaal	24.540	22.519	100,00	100,00

C. MEDISCHE GEGEVENS

7. De meest gebruikte voorbehoedmiddelen tijdens de laatste maand

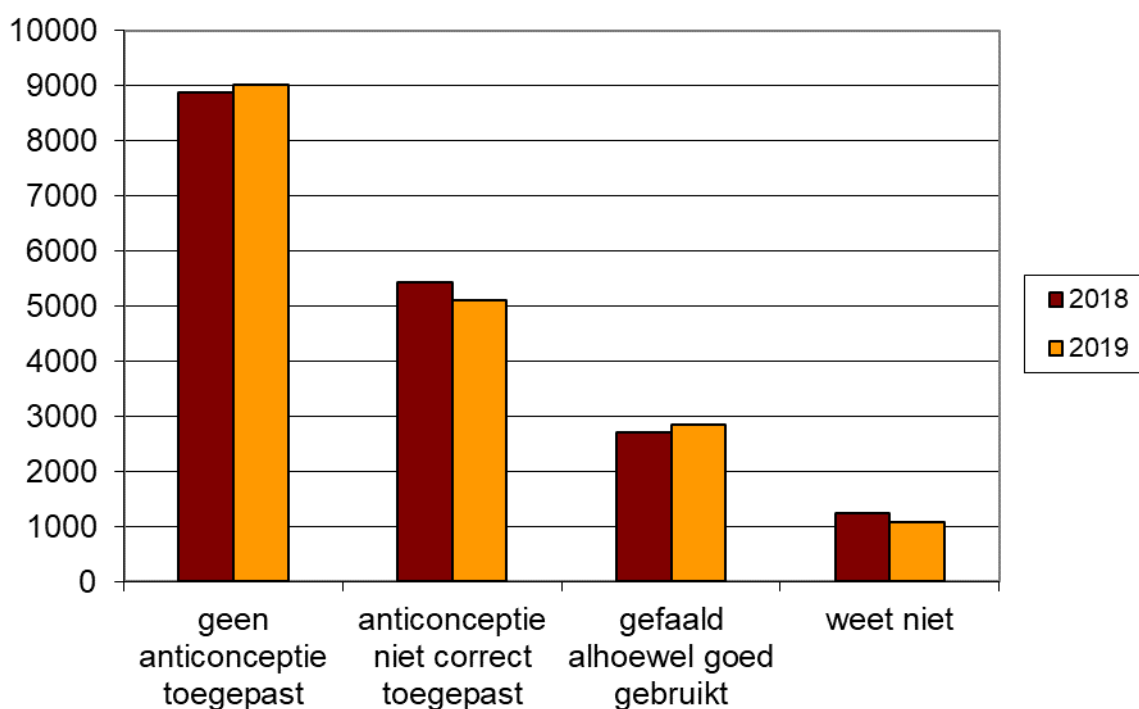
methode	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
geen	8257	8415	45,19	46,68
coïtus interruptus	434	418	2,38	2,32
periodieke onthouding	898	799	4,91	4,43
spermacide	10	4	0,05	0,02
pessarium	17	19	0,09	0,11
condoom	2704	2645	14,80	14,67
pil	4706	4335	25,75	24,05
prikpil	98	88	0,54	0,49
IUD	213	231	1,17	1,28
sterilisatie man	36	35	0,20	0,19
sterilisatie vrouw	7	16	0,04	0,09
sterilisatie beiden	2	1	0,01	0,01
"morning after"pil	299	420	1,64	2,33
implant	18	21	0,10	0,12
patch	164	139	0,90	0,77
vaginale ring	330	311	1,81	1,73
N.F.P.-methode	44	69	0,24	0,38
andere	36	61	0,20	0,34
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		



8. Oorzaak falen

oorzaak	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
geen anticonceptie toegepast	8879	9009	48,59	49,98
anticonceptie niet correct toegepast	5436	5095	29,75	28,26
gefaald alhoewel goed gebruikt	2715	2849	14,86	15,80
weet niet	1243	1074	6,80	5,96
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		

oorzaak falen



Opmerkingen aangaande de tabellen 7 en 8.

Deze gegevens werden bekomen op grond van de verklaringen van de vrouw aan de arts en kunnen dus niet wetenschappelijk getoetst worden.

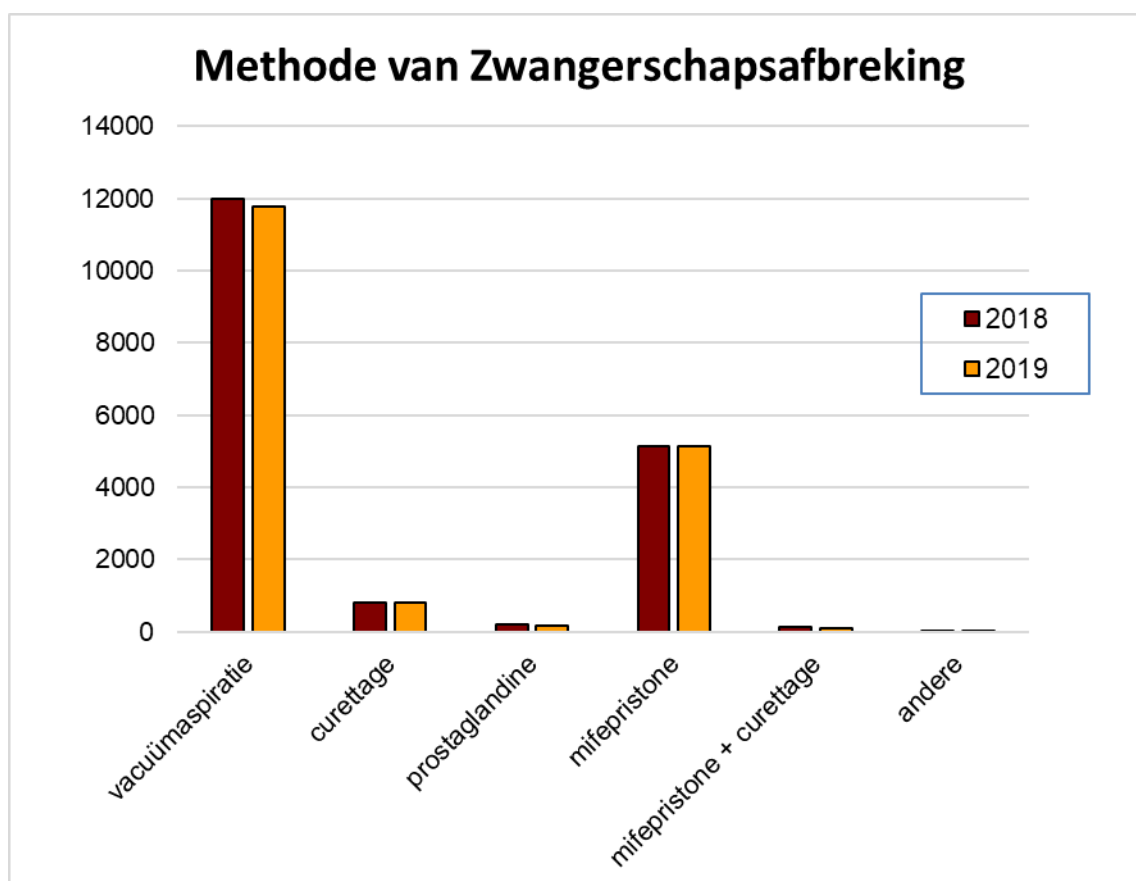
Bovendien heeft de Commissie geen enkel gegeven over de frequentie van het gebruik van de verschillende contraceptiemethoden door de bevolking.

Deze gegevens laten ons niet toe iets te zeggen over de betrouwbaarheid van het voorbehoedmiddel.

D. MEDISCH-TECHNISCHE ASPECTEN VAN DE BEHANDELING

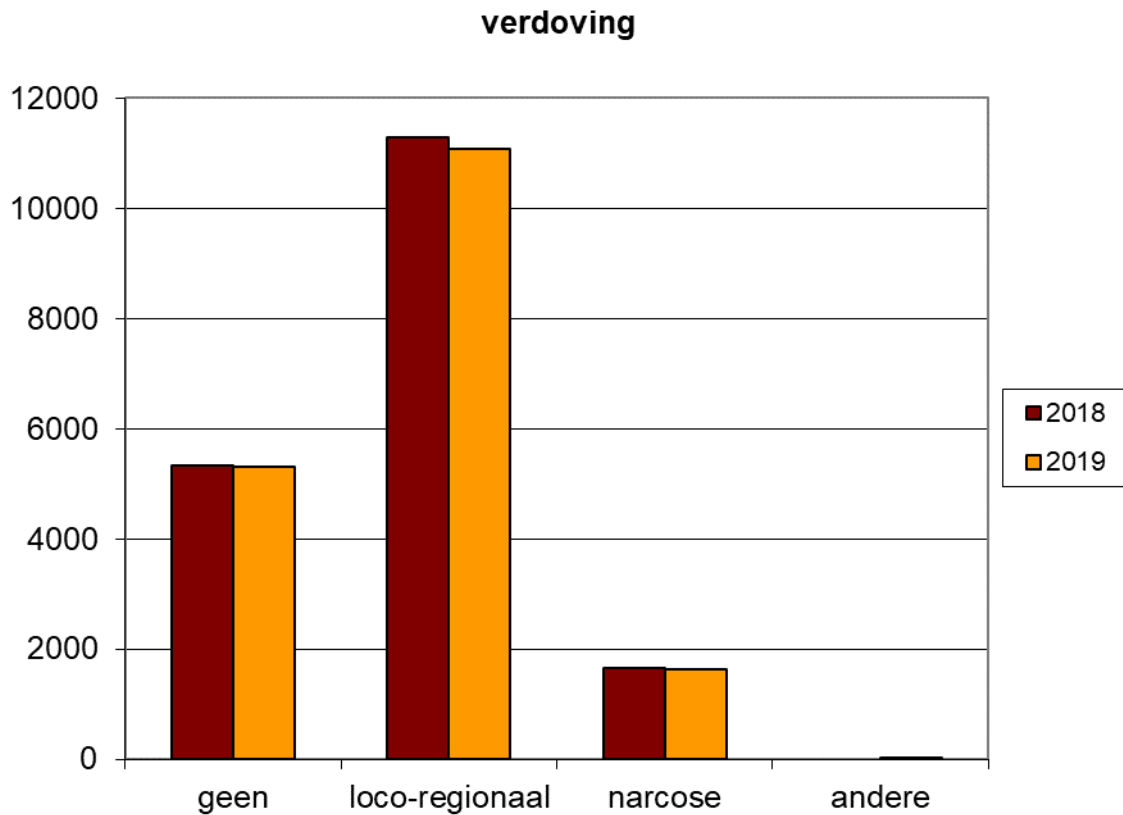
9. Methode van zwangerschapsafbreking

methode	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
vacuümaspiratie	12009	11791	65,72	65,41
curettagage	800	806	4,38	4,47
prostaglandine	196	155	1,07	0,86
mifepristone	5138	5155	28,12	28,60
mifepristone + curettagage	126	109	0,69	0,60
andere	4	11	0,02	0,06
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		



10. Verdoving

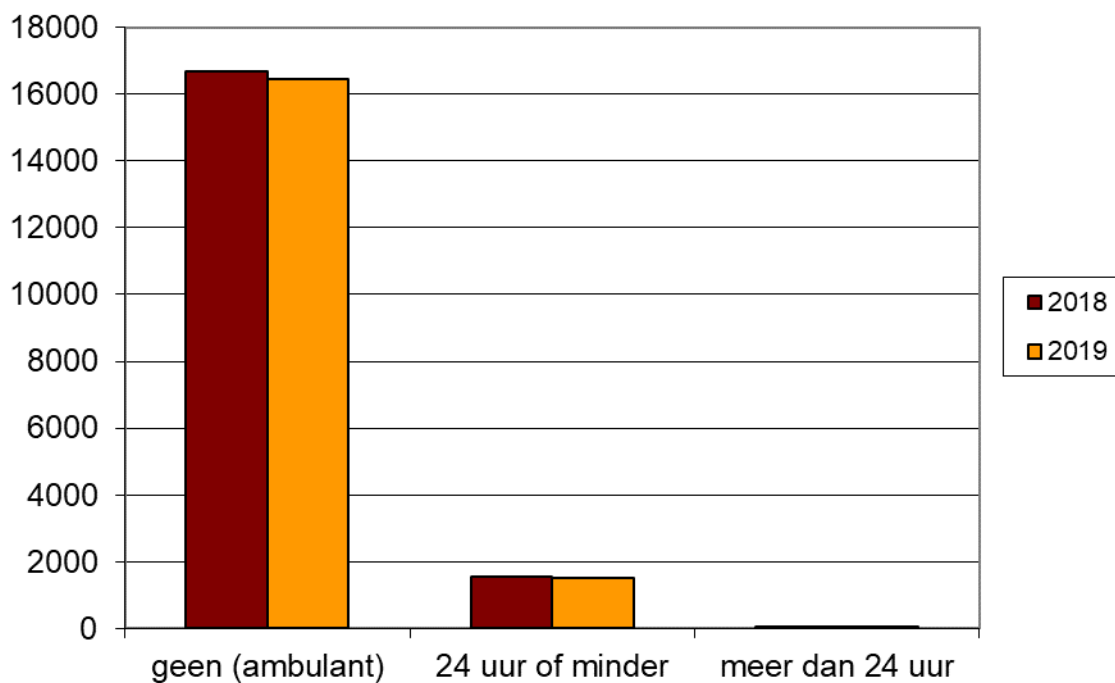
methode	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
geen	5334	5318	29,19	29,50
loco-regionaal	11291	11068	61,79	61,40
narcose	1648	1639	9,02	9,09
andere	0	2	0,00	0,01
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		



11. Opnameduur

type	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
geen (ambulant)	16663	16451	91,19	91,26
24 uur of minder	1540	1508	8,43	8,36
meer dan 24 uur	70	68	0,38	0,38
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		

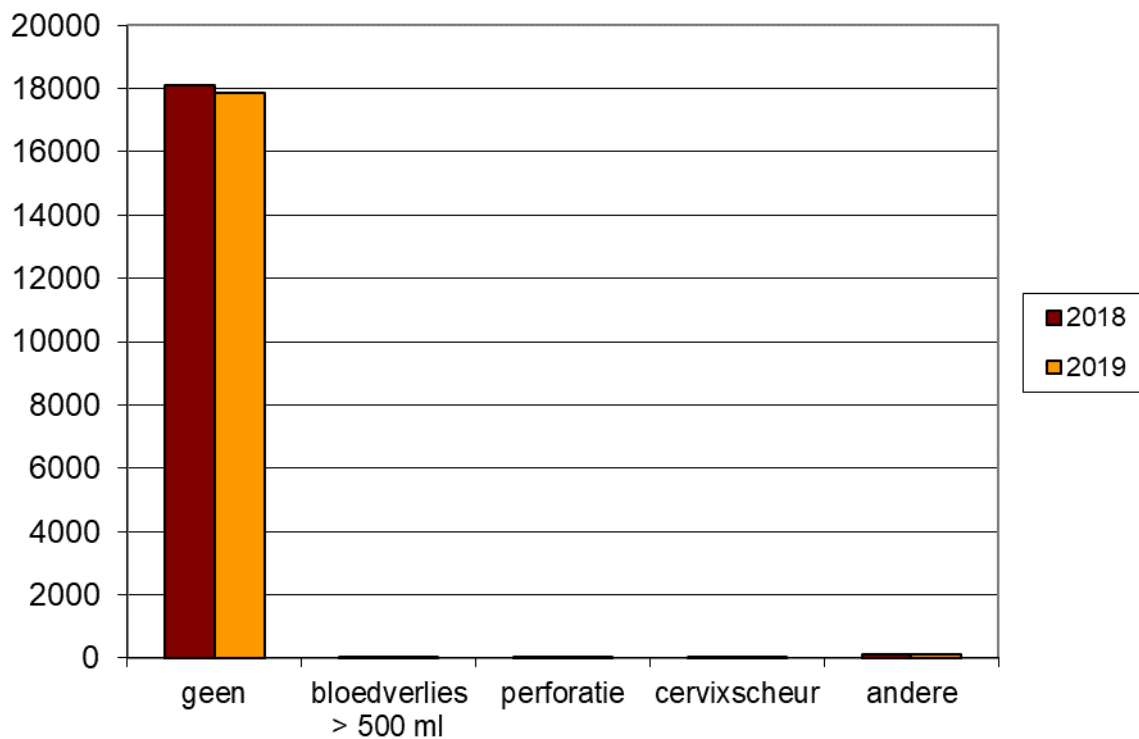
opnameduur



12. Verwikkelingen

type	aantal		%	
	2018	2019	2018	2019
geen	18111	17854	99,11	99,04
bloedverlies > 500 ml	42	55	0,23	0,31
perforatie	3	3	0,02	0,02
cervixscheur	9	15	0,05	0,08
andere	108	100	0,59	0,55
totaal	18273	18027	100,00	100,00
geen antwoord	0	0		
algemeen totaal	18273	18027		

verwikkelingen



2. GEKRUISTE TABELLEN

1. NOODSITUATIE

1.1. Woonplaats van de vrouw en noodsituatie om materiële redenen (categorie C)

woonplaats	aantal abortussen		met C		% met C	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Antwerpen	2803	2937	195	142	7,48	7,22
West-Vlaanderen	1153	1159	202	56	7,75	2,85
Oost-Vlaanderen	1848	1846	105	78	4,03	3,97
Henegouwen	2715	2603	791	636	30,33	32,35
Luik	1988	1890	393	349	15,07	17,75
Limburg	921	932	65	41	2,49	2,09
Luxemburg	426	437	63	63	2,42	3,20
Namen	776	759	233	154	8,93	7,83
Vlaams-Brabant	1142	1096	83	53	3,18	2,70
Waals-Brabant	592	676	122	88	4,68	4,48
Brussel-Hoofdstad	3770	3575	336	295	12,88	15,01
Buitenland	139	117	20	11	0,77	0,56
totaal	18273	18027	2608	1966	100,00	100,00

1.2. Woonplaats van de vrouw en het inroepen van persoonlijke redenen (categorie B)

woonplaats	aantal abortussen		met B		% met B	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Antwerpen	2803	2937	2405	1319	15,84	14,41
West-Vlaanderen	1153	1159	1013	477	6,67	5,21
Oost-Vlaanderen	1848	1846	1562	1003	10,29	10,96
Henegouwen	2715	2603	2042	1968	13,45	21,50
Luik	1988	1890	1668	1047	10,98	11,44
Limburg	921	932	862	326	5,68	3,56
Luxemburg	426	437	303	224	2,00	2,45
Namen	776	759	593	490	3,91	5,35
Vlaams-Brabant	1142	1096	1007	524	6,63	5,72
Waals-Brabant	592	676	469	336	3,09	3,67
Brussel-Hoofdstad	3770	3575	3150	1382	20,74	15,10
Buitenland	139	117	111	57	0,73	0,62
totaal	18273	18027	15185	9153	100,00	100,00

Deze twee tabellen vermelden de provincies van de woonplaats van de patiënten die ten minste één materiële en/of één persoonlijke reden als noodsituatie hebben ingeroepen. In 2019 werden er veel minder en/of geen redenen vermeld op het registratieformulier, dit als gevolg van het schrappen van de meldingsplicht aangaande de noodsituaties (zie wet van 15 oktober 2018). In de rubriek "andere" werden alle blanco noodsituaties bijgevoegd en is er hierdoor een heel grote toename waar te nemen.

1.3. Noodsituatie en leeftijd

1.3.1. Aantal

noodsituatie	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	1	0	23	15	111	101	238	196
persoonlijke noodsituatie	76	39	1897	1200	3493	2044	3277	1921
materiële noodsituatie	0	1	155	129	750	526	811	609
relationele problemen	0	3	221	175	1015	656	1458	857
verkrachting - incest	1	1	4	8	8	8	12	12
politiek vluchteling	0	0	13	7	55	40	55	42
andere	0	14	46	572	218	1565	224	1839
totaal	78	58	2359	2106	5650	4940	6075	5476

noodsituatie	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	283	250	230	184	72	65	4	2	0	0
persoonlijke noodsituatie	2976	1832	2313	1432	1054	632	99	50	0	3
materiële noodsituatie	530	414	285	237	74	48	3	2	0	0
relationele problemen	1162	853	670	503	187	150	12	3	0	1
verkrachting - incest	9	6	3	5	1	4	0	0	0	0
politiek vluchteling	51	39	18	14	7	2	0	1	0	0
andere	193	1656	104	1081	33	432	3	36	1	2
totaal	5204	5050	3623	3456	1428	1333	121	94	1	6

1.3.2. Percentage

noodsituatie	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	1,28	0,00	0,97	0,71	1,96	2,04	3,92	3,58
persoonlijke noodsituatie	97,44	67,24	80,42	56,98	61,82	41,38	53,94	35,08
materiële noodsituatie	0,00	1,72	6,57	6,13	13,27	10,65	13,35	11,12
relationele problemen	0,00	5,17	9,37	8,31	17,96	13,28	24,00	15,65
verkrachting - incest	1,28	1,72	0,17	0,38	0,14	0,16	0,20	0,22
politiek vluchteling	0,00	0,00	0,55	0,33	0,97	0,81	0,91	0,77
andere	0,00	24,14	1,95	27,16	3,86	31,68	3,69	33,58
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

noodsituatie	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	5,44	4,95	6,35	5,32	5,04	4,88	3,31	2,13	0,00	0,00
persoonlijke noodsituatie	57,19	36,28	63,84	41,44	73,81	47,41	81,82	53,19	0,00	300,00
materiële noodsituatie	10,18	8,20	7,87	6,86	5,18	3,60	2,48	2,13	0,00	0,00
relationele problemen	22,33	16,89	18,49	14,55	13,10	11,25	9,92	3,19	0,00	100,00
verkrachting - incest	0,17	0,12	0,08	0,14	0,07	0,30	0,00	0,00	0,00	0,00
politiek vluchteling	0,98	0,77	0,50	0,41	0,49	0,15	0,00	1,06	0,00	0,00
andere	3,71	32,79	2,87	31,28	2,31	32,41	2,48	38,30	100,00	200,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

PS. De 56-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen van 2018 had "andere" als noodsituatie (code 99) ingeroepen. In 2019 werden er veel minder en/of geen redenen vermeld op het registratieformulier, dit als gevolg van het schrappen van de meldingsplicht aangaande de noodsituaties (zie wet van 15 oktober 2018). In de rubriek "andere" werden alle blanco noodsituaties bijgevoegd en is er hierdoor een heel grote toename waar te nemen.

1.4. Noodsituatie en burgerlijke staat

1.4.1. Aantal	noodsituatie	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	gezondheid	564	505	350	287	42	26	6	1
persoonlijke noodsituatie	11324	6872	3273	1931	558	366	30	14	
materiële noodsituatie	2141	1618	373	324	89	95	5	0	
relationele problemen	3831	2590	519	353	364	292	11	12	
verkrachting - incest	30	32	8	9	0	3	0	0	
politiek vluchteling	148	99	43	37	7	11	1	2	
andere	630	5536	145	1366	47	290	1	12	
totaal	18668	17252	4711	4307	1107	1083	54	41	

1.4.2. Percentage	noodsituatie	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	gezondheid	3,02	2,93	7,43	6,66	3,79	2,40	11,11	2,44
persoonlijke noodsituatie	60,66	39,83	69,48	44,83	50,41	33,80	55,56	34,15	
materiële noodsituatie	11,47	9,38	7,92	7,52	8,04	8,77	9,26	0,00	
relationele problemen	20,52	15,01	11,02	8,20	32,88	26,96	20,37	29,27	
verkrachting - incest	0,16	0,19	0,17	0,21	0,00	0,28	0,00	0,00	
politiek vluchteling	0,79	0,57	0,91	0,86	0,63	1,02	1,85	4,88	
andere	3,37	32,09	3,08	31,72	4,25	26,78	1,85	29,27	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

In 2019 werden er veel minder en/of geen redenen vermeld op het registratieformulier, dit als gevolg van het schrappen van de meldingsplicht aangaande de noodsituaties (zie wet van 15 oktober 2018). In de rubriek "andere" werden alle blanco noodsituaties bijgevoegd en is er hierdoor een heel grote toename waar te nemen.

1.5. Noodsituatie en aantal kinderen

1.5.1. Aantal

noodsituatie	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	244	226	279	224	234	189	128	112
persoonlijke noodsituatie	6735	3895	2770	1656	3222	2004	1557	1020
materiële noodsituatie	1139	803	728	508	460	422	194	149
relationele problemen	2326	1495	1241	811	755	580	295	218
verkrachting - incest	23	19	8	11	5	8	0	6
politiek vluchteling	82	57	60	40	38	20	9	17
andere	412	3488	164	1427	150	1356	69	627
totaal	10961	9983	5250	4677	4864	4579	2252	2149

noodsituatie	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	56	40	13	15	8	7
persoonlijke noodsituatie	587	371	209	136	105	71
materiële noodsituatie	63	57	20	16	4	17
relationele problemen	79	60	23	18	6	13
verkrachting - incest	2	0	0	0	0	0
politiek vluchteling	8	2	2	4	0	5
andere	21	194	6	71	1	34
totaal	816	724	273	260	124	147

1.5.2. Percentage

noodsituatie	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	2,36	2,53	6,06	5,50	5,36	5,40	5,69	5,49
persoonlijke noodsituatie	54,44	55,23	44,14	44,53	57,19	58,62	65,95	64,39
materiële noodsituatie	14,02	13,79	18,10	18,98	14,01	14,33	11,93	11,75
relationele problemen	26,29	25,47	28,21	27,57	20,69	19,04	13,88	15,69
verkrachting - incest	0,23	0,15	0,14	0,21	0,19	0,19	0,23	0,13
politiek vluchteling	1,33	1,43	1,80	1,76	1,45	1,24	1,05	1,25
andere	1,34	1,40	1,54	1,44	1,11	1,17	1,27	1,30
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

noodsituatie	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
gezondheid	7,41	7,30	8,33	6,80	7,48	8,23
persoonlijke noodsituatie	67,96	68,36	68,75	66,40	72,11	65,19
materiële noodsituatie	9,05	10,07	7,92	9,60	7,48	12,03
relationele problemen	12,44	12,61	13,75	16,00	10,88	11,39
verkrachting - incest	0,25	0,00	0,00	0,80	0,00	0,00
politiek vluchteling	1,63	0,55	0,83	0,00	2,04	1,27
andere	1,26	1,11	0,42	0,40	0,00	1,90
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2019 werden er veel minder en/of geen redenen vermeld op het registratieformulier, dit als gevolg van het schrappen van de meldingsplicht aangaande de noodsituaties (zie wet van 15 oktober 2018). In de rubriek "andere" werden alle blanco noodsituaties bijgevoegd en is er hierdoor een heel grote toename waar te nemen.

2. VOORBEHOEDMIDDELEN

2.1. Voorbehoedmiddelen en leeftijdscategorieën

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	33	25	721	784	1756	1728	2036	1989
coïtus interruptus	0	2	30	22	73	70	113	88
periodieke onthouding	1	0	24	19	111	98	205	159
spermacide	0	0	0	0	0	2	3	1
pessarium	0	0	0	1	3	0	2	9
condoom	12	11	295	262	566	554	635	633
pil	9	5	422	358	1217	1074	1270	1188
prikpil	0	0	6	6	19	30	36	30
IUD	0	0	8	9	39	56	69	58
sterilisatie man	0	0	0	0	2	0	2	3
sterilisatie vrouw	0	0	0	0	0	1	2	2
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0	1	1
"morning after" pil	0	0	21	33	70	94	84	127
implant	0	0	3	4	4	1	5	3
patch	0	0	5	5	32	28	49	45
vaginale ring	0	2	9	10	68	62	116	96
N.F.P.- methode	0	0	0	0	4	14	13	11
andere	0	0	0	1	4	12	14	21
totaal	55	45	1544	1514	3968	3824	4655	4464

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2016	2017
geen	1850	1956	1301	1334	516	549	44	48	0	2
coïtus interruptus	99	126	89	81	28	27	2	1	0	1
periodieke onthouding	225	231	220	184	103	100	9	8	0	0
spermacide	5	0	2	1	0	0	0	0	0	0
pessarium	10	4	1	2	1	3	0	0	0	0
condoom	601	601	426	440	156	136	13	8	0	0
pil	1007	952	593	569	174	180	14	8	0	1
prikpil	20	12	10	9	6	1	1	0	0	0
IUD	49	60	32	35	15	12	0	1	1	0
sterilisatie man	12	17	13	12	6	2	1	1	0	0
sterilisatie vrouw	3	6	1	3	1	4	0	0	0	0
sterilisatie beiden	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	62	94	51	56	10	16	1	0	0	0
implant	1	6	5	7	0	0	0	0	0	0
patch	51	37	20	18	5	6	1	0	0	0
vaginale ring	77	80	49	46	10	14	1	1	0	0
N.F.P.-methode	14	23	9	15	4	6	0	0	0	0
andere	10	11	4	15	4	1	0	0	0	0
totaal	4097	4216	2826	2827	1039	1057	87	76	1	4

2.1.1. Aantal

PS. De 56-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2018) had als voorbehoedsmiddel een patch gebruikt.

2.1.2. Percentage

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	60,00	55,56	46,70	51,78	44,25	45,19	43,74	44,56
coïtus interruptus	0,00	4,44	1,94	1,45	1,84	1,83	2,43	1,97
periodieke onthouding	1,82	0,00	1,55	1,25	2,80	2,56	4,40	3,56
spermacide	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,06	0,02
pessarium	0,00	0,00	0,00	0,07	0,08	0,00	0,04	0,20
condoom	21,82	24,44	19,11	17,31	14,26	14,49	13,64	14,18
pil	16,36	11,11	27,33	23,65	30,67	28,09	27,28	26,61
prikkpil	0,00	0,00	0,39	0,40	0,48	0,78	0,77	0,67
IUD	0,00	0,00	0,52	0,59	0,98	1,46	1,48	1,30
sterilisatie man	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00	0,04	0,07
sterilisatie vrouw	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,04	0,04
sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,02
"morning after" pil	0,00	0,00	1,36	2,18	1,76	2,46	1,80	2,84
implant	0,00	0,00	0,19	0,26	0,10	0,03	0,11	0,07
patch	0,00	0,00	0,32	0,33	0,81	0,73	1,05	1,01
vaginale ring	0,00	4,44	0,58	0,66	1,71	1,62	2,49	2,15
N.F.P.- methode	0,00	0,00	0,00	0,00	0,10	0,37	0,28	0,25
andere	0,00	0,00	0,00	0,07	0,10	0,31	0,30	0,47
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2016	2017
geen	45,15	46,39	46,04	47,19	49,66	51,94	50,57	63,16	0,00	50,00
coïtus interruptus	2,42	2,99	3,15	2,87	2,69	2,55	2,30	1,32	0,00	25,00
periodieke onthouding	5,49	5,48	7,78	6,51	9,91	9,46	10,34	10,53	0,00	0,00
spermacide	0,12	0,00	0,07	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
pessarium	0,24	0,09	0,04	0,07	0,10	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
condoom	14,67	14,26	15,07	15,56	15,01	12,87	14,94	10,53	0,00	0,00
pil	24,58	22,58	20,98	20,13	16,75	17,03	16,09	10,53	0,00	25,00
prikkpil	0,49	0,28	0,35	0,32	0,58	0,09	1,15	0,00	0,00	0,00
IUD	1,20	1,42	1,13	1,24	1,44	1,14	0,00	1,32	100,00	0,00
sterilisatie man	0,29	0,40	0,46	0,42	0,58	0,19	1,15	1,32	0,00	0,00
sterilisatie vrouw	0,07	0,14	0,04	0,11	0,10	0,38	0,00	0,00	0,00	0,00
sterilisatie beiden	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"morning after" pil	1,51	2,23	1,80	1,98	0,96	1,51	1,15	0,00	0,00	0,00
implant	0,02	0,14	0,18	0,25	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
patch	1,24	0,88	0,71	0,64	0,48	0,57	1,15	0,00	0,00	0,00
vaginale ring	1,88	1,90	1,73	1,63	0,96	1,32	1,15	1,32	0,00	0,00
N.F.P.- methode	0,34	0,55	0,32	0,53	0,38	0,57	0,00	0,00	0,00	0,00
andere	0,24	0,26	0,14	0,53	0,38	0,09	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.2. Voorbehoedmiddelen en burgerlijke staat

2.2.1. Aantal

methode	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	6014	6246	1824	1731	393	417	26	21
coïtus interruptus	274	277	127	118	33	23	0	0
periodieke onthouding	590	532	261	235	46	30	1	2
spermicide	5	2	4	2	1	0	0	0
pessarium	11	13	3	4	3	2	0	0
condoom	2034	2023	569	532	97	88	4	2
pil	3716	3456	792	703	191	169	7	7
prikpil	75	74	16	14	7	0	0	0
IUD	157	160	50	64	6	7	0	0
sterilisatie man	22	20	13	13	1	2	0	0
sterilisatie vrouw	6	9	0	5	1	2	0	0
sterilisatie beiden	2	0	0	0	0	0	0	1
"morning after" pil	246	340	34	49	18	30	1	1
implant	16	18	0	1	2	2	0	0
patch	118	105	37	28	9	5	0	1
vaginale ring	265	264	49	38	16	9	0	0
N.F.P.- methode	34	52	8	16	2	1	0	0
andere	22	46	13	13	1	2	0	0
total	13607	13637	3800	3566	827	789	39	35

2.2.2. Percentage

methode	ongetrouwd		getrouwd		gescheiden		weduwe	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	44,20	45,80	48,00	48,54	47,52	52,85	66,67	60,00
coïtus interruptus	2,01	2,03	3,34	3,31	3,99	2,92	0,00	0,00
periodieke onthouding	4,34	3,90	6,87	6,59	5,56	3,80	2,56	5,71
spermicide	0,04	0,01	0,11	0,06	0,12	0,00	0,00	0,00
pessarium	0,08	0,10	0,08	0,11	0,36	0,25	0,00	0,00
condoom	14,95	14,83	14,97	14,92	11,73	11,15	10,26	5,71
pil	27,31	25,34	20,84	19,71	23,10	21,42	17,95	20,00
prikpil	0,55	0,54	0,42	0,39	0,85	0,00	0,00	0,00
IUD	1,15	1,17	1,32	1,79	0,73	0,89	0,00	0,00
sterilisatie man	0,16	0,15	0,34	0,36	0,12	0,25	0,00	0,00
sterilisatie vrouw	0,04	0,07	0,00	0,14	0,12	0,25	0,00	0,00
sterilisatie beiden	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,86
"morning after" pil	1,81	2,49	0,89	1,37	2,18	3,80	2,56	2,86
implant	0,12	0,13	0,00	0,03	0,24	0,25	0,00	0,00
patch	0,87	0,77	0,97	0,79	1,09	0,63	0,00	2,86
vaginale ring	1,95	1,94	1,29	1,07	1,93	1,14	0,00	0,00
N.F.P.- methode	0,25	0,38	0,21	0,45	0,24	0,13	0,00	0,00
andere	0,16	0,34	0,34	0,36	0,12	0,25	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

2.3. Voorbehoedmiddelen en aantal kinderen

methode	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	3499	3622	1857	1846	1655	1700	778	796
coïtus interruptus	162	170	85	72	105	92	52	56
periodieke onthouding	338	310	163	143	229	196	116	110
spermacide	1	1	4	2	2	0	2	0
pessarium	4	6	4	6	6	3	2	3
condoom	1351	1345	492	467	542	531	229	216
pil	2027	1876	1082	964	919	890	454	404
prikpil	35	26	22	20	20	23	8	14
IUD	88	92	40	34	51	67	23	22
sterilisatie man	4	1	6	7	15	19	10	4
sterilisatie vrouw	3	3	0	1	4	3	0	6
sterilisatie beiden	1	0	1	0	0	0	0	1
"morning after" pil	163	225	59	85	57	65	14	26
implant	6	5	6	6	4	3	0	4
patch	56	45	33	33	37	31	24	20
vaginale ring	140	135	75	70	87	63	18	29
N.F.P.- methode	17	35	9	13	13	9	3	8
andere	5	15	10	18	16	13	2	12
totaal	7900	7912	3948	3787	3762	3708	1735	1731

methode	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	297	269	115	107	56	75
coïtus interruptus	20	19	6	7	4	2
periodieke onthouding	35	30	11	4	6	6
spermacide	0	0	0	0	1	1
pessarium	1	0	0	1	0	0
condoom	60	59	24	23	6	4
pil	161	134	47	49	16	18
prikpil	6	4	4	1	3	0
IUD	7	11	4	4	0	1
sterilisatie man	1	4	0	0	0	0
sterilisatie vrouw	0	1	0	2	0	0
sterilisatie beiden	0	0	0	0	0	0
"morning after" pil	4	11	1	7	1	1
implant	1	3	1	0	0	0
patch	13	5	1	2	0	3
vaginale ring	5	9	2	4	3	1
N.F.P.- methode	2	3	0	1	0	0
andere	2	2	0	1	1	0
totaal	615	564	216	213	97	112

2.3.1. Aantal

2.3.2. Percentage

methode	0		1		2		3	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	44,29	45,78	47,04	48,75	43,99	45,85	44,84	45,98
coïtus interruptus	2,05	2,15	2,15	1,90	2,79	2,48	3,00	3,24
periodieke onthouding	4,28	3,92	4,13	3,78	6,09	5,29	6,69	6,35
spermacide	0,01	0,01	0,10	0,05	0,05	0,00	0,12	0,00
pessarium	0,05	0,08	0,10	0,16	0,16	0,08	0,12	0,17
condoom	17,10	17,00	12,46	12,33	14,41	14,32	13,20	12,48
pil	25,66	23,71	27,41	25,46	24,43	24,00	26,17	23,34
prikpil	0,44	0,33	0,56	0,53	0,53	0,62	0,46	0,81
IUD	1,11	1,16	1,01	0,90	1,36	1,81	1,33	1,27
sterilisatie man	0,05	0,01	0,15	0,18	0,40	0,51	0,58	0,23
sterilisatie vrouw	0,04	0,04	0,00	0,03	0,11	0,08	0,00	0,35
sterilisatie beiden	0,01	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06
"morning after" pil	2,06	2,84	1,49	2,24	1,52	1,75	0,81	1,50
implant	0,08	0,06	0,15	0,16	0,11	0,08	0,00	0,23
patch	0,71	0,57	0,84	0,87	0,98	0,84	1,38	1,16
vaginale ring	1,77	1,71	1,90	1,85	2,31	1,70	1,04	1,68
N.F.P.- methode	0,22	0,44	0,23	0,34	0,35	0,24	0,17	0,46
andere	0,06	0,19	0,25	0,48	0,43	0,35	0,12	0,69
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	4		5		>5	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	48,29	47,70	53,24	50,23	57,73	66,96
coïtus interruptus	3,25	3,37	2,78	3,29	4,12	1,79
periodieke onthouding	5,69	5,32	5,09	1,88	6,19	5,36
spermacide	0,00	0,00	0,00	0,00	1,03	0,89
pessarium	0,16	0,00	0,00	0,47	0,00	0,00
condoom	9,76	10,46	11,11	10,80	6,19	3,57
pil	26,18	23,76	21,76	23,00	16,49	16,07
prikpil	0,98	0,71	1,85	0,47	3,09	0,00
IUD	1,14	1,95	1,85	1,88	0,00	0,89
sterilisatie man	0,16	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00
sterilisatie vrouw	0,00	0,18	0,00	0,94	0,00	0,00
sterilisatie beiden	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
"morning after" pil	0,65	1,95	0,46	3,29	1,03	0,89
implant	0,16	0,53	0,46	0,00	0,00	0,00
patch	2,11	0,89	0,46	0,94	0,00	2,68
vaginale ring	0,81	1,60	0,93	1,88	3,09	0,89
N.F.P.- methode	0,33	0,53	0,00	0,47	0,00	0,00
andere	0,33	0,35	0,00	0,47	1,03	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3. METHODE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING

3.1. Methode van zwangerschapsafbreking en verwikkelingen

3.1.1. Aantal

verwikkeling	aspiratie		curettagage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	11955	11748	768	768	192	150
bloedverlies	9	12	17	22	2	2
perforatie	1	2	2	1	0	0
cervixscheur	1	2	8	12	0	1
andere	43	27	5	3	2	2
totaal	12009	11791	800	806	196	155

verwikkeling	mifepristone		mifepr.+curettagage		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	5068	5075	124	102	4	11
bloedverlies	14	15	0	4	0	0
perforatie	0	0	0	0	0	0
cervixscheur	0	0	0	0	0	0
andere	56	65	2	3	0	0
totaal	5138	5155	126	109	4	11

3.1.2. Percentage

verwikkeling	aspiratie		curettagage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	99,55	99,64	96,00	95,29	97,96	96,77
bloedverlies	0,07	0,10	2,13	2,73	1,02	1,29
perforatie	0,01	0,02	0,25	0,12	0,00	0,00
cervixscheur	0,01	0,02	1,00	1,49	0,00	0,65
andere	0,36	0,23	0,63	0,37	1,02	1,29
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

verwikkeling	mifepristone		mifepr.+curettagage		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	98,64	98,45	98,41	93,58	100,00	100,00
bloedverlies	0,27	0,29	0,00	3,67	0,00	0,00
perforatie	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
cervixscheur	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
andere	1,09	1,26	1,59	2,75	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.2. Methode van zwangerschapsafbreking en verdoving

3.2.1. Aantal

verdoving	aspiratie		curettagage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	171	181	43	35	170	133
loco-regionaal	10875	10708	181	154	21	17
narcose	963	902	576	617	4	4
andere	0	0	0	0	1	1
totaal	12009	11791	800	806	196	155

verdoving	mifepristone		mifepr.+ curettagage		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	4937	4949	13	14	0	6
loco-regionaal	187	170	20	14	4	5
narcose	11	35	93	81	0	0
andere	3	1	0	0	0	0
totaal	5138	5155	126	109	4	11

3.2.2. Percentage

verdoving	aspiratie		curettagage		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	1,42	1,54	5,38	4,34	86,73	85,81
loco-regionaal	90,56	90,82	22,63	19,11	10,71	10,97
narcose	8,02	7,65	72,00	76,55	2,04	2,58
andere	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,65
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

verdoving	mifepristone		mifepr.+ curettagage		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
geen	96,09	96,00	10,32	12,84	0,00	54,55
loco-regionaal	3,64	3,30	15,87	12,84	100,00	45,45
narcose	0,21	0,68	73,81	74,31	0,00	0,00
andere	0,06	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.3. Methode van zwangerschapsafbreking en leeftijdscategorieën

3.3.1. Aantal

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiratie	38	30	1076	1063	2647	2528	3011	2846
curettagage	6	2	79	65	175	169	174	183
prostaglandine	2	2	16	13	45	27	38	40
mifepristone	9	11	358	367	1077	1077	1406	1370
mifepr,+curettagage	0	0	15	5	24	18	25	22
andere	0	0	0	1	0	4	1	3
totaal	55	45	1544	1514	3968	3823	4655	4464

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiratie	2662	2713	1868	1869	657	688	49	52	1	1
curettagage	193	197	123	132	44	55	6	2	0	1
prostaglandine	48	39	33	23	13	10	1	1	0	0
mifepristone	1165	1233	779	783	313	292	30	20	0	2
mifepr,+curettagage	27	34	23	20	11	9	1	1	0	0
andere	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0
totaal	4097	4216	2826	2827	1039	1057	87	76	1	4

PS. Bij de 56-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2018) werd een behandeling met mifepristone toegepast

3.3.2. Percentage

methode	10-14		15-19		20-24		25-29	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiratie	69,09	66,67	69,69	70,21	66,71	66,13	64,68	63,75
curettagage	10,91	4,44	5,12	4,29	4,41	4,42	3,74	4,10
prostaglandine	3,64	4,44	1,04	0,86	1,13	0,71	0,82	0,90
mifepristone	16,36	24,44	23,19	24,24	27,14	28,17	30,20	30,69
mifepr,+curettagage	0,00	0,00	0,97	0,33	0,60	0,47	0,54	0,49
andere	0,00	0,00	0,00	0,07	0,00	0,10	0,02	0,07
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

methode	30-34		35-39		40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
aspiratie	64,97	64,35	66,10	66,11	63,23	65,09	56,32	68,42	100,00	100,00
curettagage	4,71	4,67	4,35	4,67	4,23	5,20	6,90	2,63	0,00	100,00
prostaglandine	1,17	0,93	1,17	0,81	1,25	0,95	1,15	1,32	0,00	0,00
mifepristone	28,44	29,25	27,57	27,70	30,13	27,63	34,48	26,32	0,00	200,00
mifepr,+curettagage	0,66	0,81	0,81	0,71	1,06	0,85	1,15	1,32	0,00	0,00
andere	0,05	0,00	0,00	0,00	0,10	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

3.4. Methode van zwangerschapsafbreking en opnameduur

3.4.1. Aantal

opnameduur	aspiratie		curettag		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulant	11317	11163	274	275	138	103
24 uur of minder	687	615	522	524	46	44
meer dan 24 uur	5	13	4	7	12	8
totaal	12009	11791	800	806	196	155

opnameduur	mifepristone		mifepr. + curettag		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulant	4897	4868	37	36	0	6
24 uur of minder	198	254	86	70	1	1
meer dan 24 uur	43	33	3	3	3	4
totaal	5138	5155	126	109	4	11

3.4.2. Percentage

opnameduur	aspiratie		curettag		prostaglandine	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulant	94,24	94,67	34,25	34,12	70,41	66,45
24 uur of minder	5,72	5,22	65,25	65,01	23,47	28,39
meer dan 24 uur	0,04	0,11	0,50	0,87	6,12	5,16
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

opnameduur	mifepristone		mifepr. + curettag		andere	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ambulant	95,31	94,43	29,37	33,03	0,00	54,55
24 uur of minder	3,85	4,93	68,25	64,22	25,00	9,09
meer dan 24 uur	0,84	0,64	2,38	2,75	75,00	36,36
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

4. OPNAMEDUUR

4.1. Opnameduur en verdoving

4.1.1. Aantal	opnameduur	geen		loco-regionaal		narcose		andere	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulant	5086	5026	11190	10991	387	433	0	1
24 uur of minder	229	279	60	40	1251	1189	0	0	
meer dan 24 uur	19	13	41	37	10	17	0	1	
totaal	5334	5318	11291	11068	1648	1639	0	2	

4.1.2. %	opnameduur	geen		loco-regionaal		narcose		andere	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulant	95,35	94,51	99,11	99,30	23,48	26,42	0,00	50,00
24 uur of minder	4,29	5,25	0,53	0,36	75,91	72,54	0,00	0,00	
meer dan 24 uur	0,36	0,24	0,36	0,33	0,61	1,04	0,00	50,00	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

4.2. Opnameduur en verwickelingen

4.2.1. Aantal	opnameduur	geen		bloedverlies		perforatie		cervixscheur		andere	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulant	16581	16376	17	12	1	2	0	3	64	58
24 uur of minder	1470	1426	19	34	2	1	9	12	40	35	
meer dan 24 uur	60	52	6	9	0	0	0	0	4	7	
totaal	18111	17854	42	55	3	3	9	15	108	100	

4.2.2. %	opnameduur	geen		bloedverlies		perforatie		cervixscheur		andere	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ambulant	91,55	91,72	40,48	21,82	33,33	66,67	0,00	20,00	59,26	58,00
24 uur of minder	8,12	7,99	45,24	61,82	66,67	33,33	100,00	80,00	37,04	35,00	
meer dan 24 uur	0,33	0,29	14,29	16,36	0,00	0,00	0,00	0,00	3,70	7,00	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	

5. ZIEKENHUIS OF CENTRUM

5.1. Ziekenhuis of centrum, naar de woonplaats van de vrouw

5.1.1. Aantal	woonplaats	ziekenhuis		centrum		aantal abortussen	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
	Antwerpen	42	40	2761	2897	2803	2937
West-Vlaanderen	25	21	1128	1138	1153	1159	
Oost-Vlaanderen	137	121	1711	1725	1848	1846	
Henegouwen	1160	1178	1555	1426	2715	2603	
Luik	607	603	1381	1287	1988	1890	
Limburg	11	4	910	928	921	932	
Luxemburg	28	18	398	419	426	437	
Namen	169	175	607	584	776	759	
Vlaams-Brabant	108	124	1034	972	1142	1096	
Waals-Brabant	135	135	457	541	592	676	
Brussel-Hoofdstad	797	886	2973	2689	3770	3575	
buitenland	21	17	118	99	139	117	
Totaal	3240	3322	15033	14705	18273	18027	

5.1.2. Percentage (*)	woonplaats	ziekenhuis	centrum	totaal	ziekenhuis	centrum	totaal
		2018	2018		2019	2019	
	Antwerpen	1,50	98,50	100,00	1,36	98,64	100,00
West-Vlaanderen	2,17	97,83	100,00	1,81	98,19	100,00	
Oost-Vlaanderen	7,41	92,59	100,00	6,55	93,45	100,00	
Henegouwen	42,73	57,27	100,00	45,26	54,78	100,00	
Luik	30,53	69,47	100,00	31,90	68,10	100,00	
Limburg	1,19	98,81	100,00	0,43	99,57	100,00	
Luxemburg	6,57	93,43	100,00	4,12	95,88	100,00	
Namen	21,78	78,22	100,00	23,06	76,94	100,00	
Vlaams-Brabant	9,46	90,54	100,00	11,31	88,69	100,00	
Waals-Brabant	22,80	77,20	100,00	19,97	80,03	100,00	
Brussel-Hoofdstad	21,14	78,86	100,00	24,78	75,22	100,00	
buitenland	15,11	84,89	100,00	14,53	84,62	100,00	

(*) = percentage t.o.v. het aantal zwangerschapsafbrekingen per provincie

5.2. Ziekenhuis of centrum, volgens leeftijdscategorieën

5.2.1. Aantal

instelling	10-14		15-19		20-24	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	11	6	251	209	667	652
centrum	44	39	1293	1305	3301	3172
totaal	55	45	1544	1514	3968	3824

instelling	25-29		30-34		35-39	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	796	864	732	808	544	559
centrum	3859	3600	3365	3408	2282	2268
totaal	4655	4464	4097	4216	2826	2827

instelling	40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	224	216	15	7	0	1
centrum	815	841	72	69	1	3
totaal	1039	1057	87	76	1	4

PS. Bij de 56-jarige vrouw die niet voorkomt in de tabellen (2018) werd de zwangerschapsafbreking in een centrum uitgevoerd.

5.2.2. Percentage

instelling	10-14		15-19		20-24	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	20,00	13,33	16,26	13,80	16,81	17,05
centrum	80,00	86,67	83,74	86,20	83,19	82,95
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

instelling	25-29		30-34		35-39	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	17,10	19,35	17,87	19,17	19,25	19,77
centrum	82,90	80,65	82,13	80,83	80,75	80,23
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

instelling	40-44		45-49		50-54	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	21,56	20,44	17,24	9,21	0,00	0,00
centrum	78,44	79,56	82,76	90,79	100,00	0,00
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

5.3. Ziekenhuis of centrum en verwickelingen

5.3.1. Aantal	verwikkeling	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	geen	3165	3244	14946	14610
bloedverlies	19	25	23	30	
perforatie	0	0	3	3	
scheur	1	3	8	12	
andere	55	50	53	50	
totaal	3240	3322	15033	14705	

5.3.2. Percentage	verwikkeling	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	geen	97,69	97,65	99,42	99,35
bloedverlies	0,59	0,75	0,15	0,20	
perforatie	0,00	0,00	0,02	0,02	
scheur	0,03	0,09	0,05	0,08	
andere	1,70	1,51	0,35	0,34	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.4. Ziekenhuis of centrum en opnameduur

5.4.1. Aantal	opnameduur	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	ambulant	1940	2055	14723	14396
24 uur of minder	1233	1201	307	307	
meer dan 24 uur	67	66	3	2	
totaal	3240	3322	15033	14705	

5.4.2. %	opnameduur	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	ambulant	59,88	61,86	97,94	97,90
24 uur of minder	38,06	36,15	2,04	2,09	
meer dan 24 uur	2,07	1,99	0,02	0,01	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.5. Ziekenhuis of centrum en methode van zwangerschapsafbreking

5.5.1. Aantal	methode	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	aspiratie	1225	1134	10784	10657
curettagage	329	363	471	443	
prostaglandine	169	106	27	49	
mifepristone	1407	1620	3731	3535	
mifepristone+curettagage	106	91	20	18	
andere	4	8	0	3	
totaal	3240	3322	15033	14705	

5.5.2. Percentage	methode	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	aspiratie	37,81	34,14	71,74	72,47
curettagage	10,15	10,93	3,13	3,01	
prostaglandine	5,22	3,19	0,18	0,33	
mifepristone	43,43	48,77	24,82	24,04	
mifepristone+curettagage	3,27	2,74	0,13	0,12	
andere	0,12	0,24	0,00	0,02	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.6. Ziekenhuis of centrum en verdoving

5.6.1. Aantal	verdoving	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	geen	1534	1698	3800	3620
loco-regionaal	342	269	10949	10799	
narcose	1364	1353	284	286	
andere	0	2	0	0	
totaal	3240	3322	15033	14705	

5.6.2. %	verdoving	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	geen	47,35	51,11	25,28	24,62
loco-regionaal	10,56	8,10	72,83	73,44	
narcose	42,10	40,73	1,89	1,94	
andere	0,00	0,06	0,00	0,00	
totaal	100,00	100,00	100,00	100,00	

5.7. Ziekenhuis of centrum en zwangerschapsafbreking na 12 weken

5.7. Aantal	na 12 weken	ziekenhuis		centrum	
		2018	2019	2018	2019
	gevaar voor de moeder	4	4	0	0
gevaar voor het kind	64	73	1	0	
Gevaar voor moeder + kind	0	0	0	0	
totaal	68	77	1	0	

5.7. Aantal	na 12 weken	gevaar voor de moeder		gevaar voor het kind		gevaar voor moeder + kind	
		2018	2019	2018	2019	2018	2019
	ziekenhuis	4	4	64	73	0	
centrum	0	0	1	0	0		
totaal	4	4	65	73	0		

Toelichting bij de sub-rubriek “andere” in het registratiedocument voor een zwangerschapsafbreking

In de punten 1 tot 5 wordt hieronder nader ingegaan op de elementen die geregistreerd worden in de sub-rubriek << andere >>; en die niet opgenomen mogen worden in een specifieke subrubriek.

1. “Andere” noodsituaties¹

In toepassing van de wet van 15.10.2018 (BS 29.10.2018) zijn vrouwen niet langer verplicht een zwangerschapsafbreking te rechtvaardigen door een van de noodsituaties vermeld in de gedetailleerde lijst op pagina 22 (A.00 → F.50). Daarom wordt in 2019 op heel veel registratieformulieren voor een zwangerschapsafbreking onder code 99 - andere, "Geen meldingsplicht (GM) " vermeld; namelijk 6319 keer of m.a.w. iets meer dan 1/3^{de} van alle registraties.

Deze reden onder code 99 vervangt hierdoor in 2019 vele redenen die in de voorgaande jaren werden uitgesplitst onder "Ingeroepen noodsituaties" in de tabel op pagina 22. Dit verklaart de zeer hoge cijfers in de onderstaande tabellen voor de categorie "geen meldingsplicht".

Sommige registratiedocumenten vermelden geen enkele reden (blanco) en werden daarom in de tabellen opgenomen in de rubriek "Geen meldingsplicht wegens wetwijziging": 35 gevallen in 2018 en 1 in 2019.

Van de 825 "andere noodsituaties" die in 2018 werden geregistreerd, waren de meest voorkomende ingeroepen redenen: "geen kinderwens/niet klaar" (505 of 61,2%) en "te recente zwangerschap/bevalling" (76 of 9,2%).

Van de 6.934 "andere noodsituaties" die in 2019 werden geregistreerd, de meest voorkomende ingeroepen redenen: "geen meldingsplicht" (6.319 of 91,12%) "geen kinderwens/niet klaar" (478 of 6,89 %) en "religie/cultuur" (36 of 0,52%).

¹ Zoals vermeld onder code G.99 in de lijst met noodsituaties op pagina 21.

INGEROEPEN REDENEN	2018
Geen kinderwens / niet klaar	505
Geen kinderwens	428
Niet klaar	77
Zwangerschap / bevalling	76
Te recente bevalling(en)	62
Tweeling- of meerlingzwangerschap	11
Miskraam	2
Angst voor bevalling en/of moederschap	1
Situatie en relatie met de vader (verwekker)	60
Gewelddadige vader	23
Vader verblijft in het buitenland	8
Vader lijdt aan een (ernstige) ziekte	8
Twijfel over de identiteit van de vader / of is niet gekend	8
Vader in de gevangenis	7
Vader is niet de partner (overspel)	5
Vader te oud	1
Religie en cultuur	50
Cultureel taboe	37
Religie	13
Niet meegedeeld omwille van wetswijziging/geen meldingsplicht	35
Gezondheid van de vrouw	25
Complicaties bij vorige zwangerschappen / postnatale depressie	9
Ernstige en/of genetische ziekte / recente operatie	8
Psychologische problemen / depressie / burn-out	8
Specifieke situatie van het (de) kind(eren)	22
Kind(eren met handicap en/of gezondheidsproblemen	9
Kind(eren) te jong / meerlingen / te veel kinderen in het gezin	9
Geplaatste kind(eren)	2
Overleden kind(eren)	1
Keuze tussen jongen en meisje	1
Specifieke situatie van de vrouw	20
Woont te recent in België (integratie gaat voor)	7
Gepland vertrek naar het buitenland / terugkeer naar land van herkomst	4
Financiële / professionele instabiliteit / werkloos	3
Langeafstandsrelatie	3
Vluchteling	2
Studiehervatting / beroepsopleiding / nieuwe job	1
Gezondheid van het kind dat zou worden geboren	20
Citomegalovirus	19
Niet-evolutieve zwangerschap	1

Relatieproblemen / moeilijkheden in de familie	4
Familiale problemen	3
Moeilijke relaties met familie	1
Prostitutie	4
Prostitutie	4
Verslaving (drugs en alcohol)	4
Drugverslaving	4
Totaal	825

INGEROEPEN REDENEN		2019
Niet meegedeeld omwille van wetswijziging / geen meldingsplicht		6.319
Geen kindwens		478
Geen kindwens		474
Niet klaar voor een kind		4
Religie en cultuur		33
Religieus en cultureel taboe		33
Situatie en relatie met de vader (verwekker)		33
Vader in de gevangenis		8
Vader is ziek		6
Gewelddadige vader		4
Vader verblijft (dikwijls) in het buitenland		4
Vader is getrouwd / heeft een relatie		3
Twijfel over de identiteit van de vader / of is niet gekend		2
De vrouw wil geen contact meer met de vader		1
Vader is nog student		1
Vader lijdt aan psychologische problemen		1
Vader heeft geen papieren		1
Vader te jong		1
Vader te oud		1
Zwangerschap / Bevalling		31
Te recente bevalling(en)		25
Tweeling- of meerlingzwangerschap		3
Meerdere keizersneden		2
Te recente miskraam		1
Specifieke situatie van het (de) kind(eren)		14
Kind(eren) met gezondheidsproblemen		5
Meerlingen / te veel kinderen in het gezin		3
Geplaatste kind(eren)		3
Kind(eren) met een handicap		3
Specifieke situatie van de vrouw		12
Gezinsorganisatie		3
Vrouw zorgt voor ziek(e) familielid(en)		2
Woont te recent in België (integratie gaat voor)		1
Gepland vertrek naar buitenland / terugkeer naar land van herkomst		1
Vluchteling (vluchtelingskoppel)		1
Eenoudergezin		1
Weggelopen		1
Buitenlandse		1
Risicogedrag		1
Gezondheid van de vrouw		10
Ernstige en/of genetische ziekte		3
Burn-out		2
Recente operatie		2
Psychologische problemen / depressie		2
Inname van isotretinoïne		1
Blootstelling aan röntgenstraling		1

Gezondheid van het kind dat zou worden geboren	2
Vrees voor gezondheidsproblemen	2
Verslaving (drugs en alcohol)	2
Drugverslaving	2
Totaal	6.934

2. “Andere” anticonceptiemethodes

Deze subrubriek wordt vaak gebruikt als de arts meerdere methodes opgeeft.

Onthouding Borstvoeding Smartphone-applicatie (opvolgen van cyclus)
Kalendermethode
Natuurlijke temperatuurmethode / Symptothermale methode Mini-/micropil (borstvoedingspil)
Geen penetratie
Terugtrekking
Steriliteit van de man

3. “Andere” methodes van zwangerschapsafbreking

Deze subrubriek wordt vaak gebruikt als de arts meerdere methodes opgeeft.

Aspirotomie
Cytotec (misoprostol)
Expulsie Expulsie na cytotec
Spontane miskraam
Mifepristone + cytotec
Syntocinon

4. “Andere” methodes van verdoving

Contramal
Intraveneus

5. “Andere” verwikkelingen

Deze subrubriek werd door de artsen 108 keer ingevuld in 2018 en 100 keer ingevuld in 2019 (zie punt 5.3.1 in de gekruiste tabellen op pagina 43). Deze “andere” verwikkelingen kwamen in 2018 voor bij 0,59 % en in 2019 bij 0,55% van alle geregistreerde zwangerschapsafbrekingen.

Verkleving door vroegtijdige uitdrijving Aspiratie onmogelijk
Overvloedige bloedstolsels Curettagage van placentaresten Hemostatische curettagage
Resten na VZA Overlijden in ziekenhuis ten gevolge van een longembolie Aanzienlijke pijn
Mislukking van de methode Endometritis Uitdrijving thuis / onvolledig / onmogelijk / vertraagd (48 uur)
Mislukte uitvoering
Hematometra (ophoping van bloed in de baarmoeder)
Urineweginfectie Operatie onmogelijk zonder plaatselijke verdoving Operatie onmogelijk zonder algemene verdoving: overbrenging naar het ziekenhuis
Vasovagale syncope Psychosociale uitingen
Zieke patiënt: observatie in het ziekenhuis gedurende een paar uur.
Aanzienlijke stress en opname in de psychiatrie Aanzienlijke stress en stopzetting van de procedure

Retentie
Placentaire retentie
Manuele controle

Bloedingen door afbinden
Bloedingen: metrorragie
Zware bloedingen (geschat bloedverlies van meer dan 500 ml)

Onvoldoende hemoglobine waardoor een bloedtransfusie nodig is
Ernstige idiopathische trombocytopenie waardoor een bloedplaatjestransfusie nodig is

Grote baarmoeder (met lichte bloedingen)

Baarmoeder onvoldoende leeg
Braken

BIJLAGE 2

Zwangerschapsafbrekingen na een periode van 12 weken

Artikel 350, 4^o, van het Strafwetboek bepaalt dat de zwangerschap na de termijn van twaalf weken kan worden afgebroken onder de voorwaarden bepaald in artikel 350, 1^o, b), 2^o en 3^o van hetzelfde Wetboek, wanneer het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of wanneer vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose.

In 2018 werden 69 zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken geregistreerd, in 2019 bedroeg dit aantal 77.

Deze zwangerschapsafbrekingen zijn als volgt opgesplitst:

na 12 weken	ziekenhuis		centrum	
	2018	2019	2018	2019
gevaar voor de moeder	4	4	0	0
gevaar voor het kind	64	73	1	0
gevaar voor de moeder + het kind	0	0	0	0
totaal	68	77	1	0

na 12 weken	gevaar voor de moeder		gevaar voor het kind		gevaar voor de moeder + het kind	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
ziekenhuis	4	4	64	73	0	0
centrum	0	0	1	0	0	0
totaal	4	4	65	73	0	0

A) De redenen die ingeroepen worden om die zwangerschapsafbrekingen uit te voeren **wegens ernstig gevaar voor de gezondheid van de moeder** zijn de volgende:

- Borstkanker
- Chorioamnionitis
- Psychische decompensatie
- Postnatale depressie
- Discushernia
- Zware metrorragie
- (Pre-) eclampsie (HELLP-syndroom)

B) Als **uiterst zware of ongeneeslijke aandoeningen** ² waaraan het kind zou lijden indien het geboren wordt, gaf men op:

2.1. Chromosomale aandoeningen

- Deletie op chromosoom 22 / deletie 16p11.2 / deletie 22q11
- Hygroma colli (cystisch)
- Chromosomale ziekte / karyotype-afwijking
- Microdeletie chromosoom 18
- Microduplicatie
- Mutatie van chromosoom
- Syndroom van Turner
- Syndroom van Wolf-Hirschhorn
- Triploïdie (69 xxy)
- Trisomie 13 (syndroom van Patau)
- Trisomie 18 (syndroom van Edward)
- Trisomie 21 (syndroom van Down)
- Trisomie 22
-

2.2. Afwijkingen en misvormingen

2.2.1. Hart

- Dextrocardie
- Hypoplasie
- Dodelijke hartmisvorming/anomalie
- Tetralogie van Fallot

2.2.2. Longen

- Pulmonalisatresie
- Longhypoplasie
- Longperforatie

2.2.3. Skelet

- Thanatofore skeletdysplasie
- Pseudoachondroplasie
- Caudale regressiesyndroom
- Focomelie

2.2.4. Nieren en bijniere

- Bilaterale renale agenesie
- Congenitale hyperplasie van de bijniere
- Bilaterale multicystische nier

2.2.5. Lever

- Hyperplasie

² Deze aandoeningen kunnen zich los van elkaar of tezamen voordoen.

2.2.6. Centraal zenuwstelsel

- Anencefalie
- Spinale anomalie
- Spina bifida

2.2.7. Schedel en hersenen

- Acranie
- Agenesie van het corpus callosum
- Holoprosencefalie
- Hydrocefalie
- Ernstige misvorming van de hersenen
- Syndroom van Arnold Chiari
- Ventriculomegalie

2.2.8. Diverse aandoeningen

- Ontbreken van blaas
- Aandoening / defect van de abdominale wand / massa in de buikwand
- Anamnios door het breken van de vliezen
- Sikkelcelanemie
- Defect van de abdominale wand
- Anhydramnios
- Ascites
- Spontane miskraam / mors in utero
- Hernia diafragmatica
- Hydrops
- PPRM (Preterm Premature Rupture of Membranes)
- Intra-uteriene groeiachterstand (IUGR)
- Polymalformatief syndroom

2.3. Teratogene aandoeningen

- Aandoeningen veroorzaakt door het innemen van isotretinoïne (vroeger Roaccutane®)
- Cytomegalovirus
- Toxoplasmose

2. JAARVERSLAGEN VAN DE INSTELLINGEN VOOR GEZONDHEIDSZORG

INLEIDING

Elke instelling dient de volgende gegevens in het jaarlijks rapport op te nemen :

- aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat bij de instelling of bij artsen, verbonden aan de instelling, werd ingediend ;
- aantal zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd door de artsen verbonden aan de instelling vóór het einde van de twaalfde week na de bevruchting ;
- aantal zwangerschapsafbrekingen na de termijn van 12 weken ;
- aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat door de artsen verbonden aan de instelling werd afgewezen.

De rubriek "aantal afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking" roept twee opmerkingen op en dit gelet op het feit dat de termen "afwijzing" of "weigering" op verschillende manieren kunnen worden geïnterpreteerd.

1. De door de instellingen afgewezen verzoeken tot zwangerschapsafbreking moeten worden gemeld, doch is het mogelijk dat de zwangerschapsafbreking plaats vindt in een andere instelling dan die waar men zijn verzoek oorspronkelijk heeft gedaan. *Sensu stricto* is er dan geen weigering geweest.

2. Onder de term "afwijzing" of "weigering" kan men eveneens de volgende redenen (niet exhaustief) verstaan :

- de vrouw komt niet naar de afspraak ;
- aanvraag waarvan het vervolg niet gekend is, wat niet wil zeggen dat de zwangerschapsafbreking niet heeft plaats gehad, daar deze kon worden uitgevoerd in een andere instelling ;
- de vrouw is niet zwanger op het moment van de aanvraag ;
- een miskraam tijdens de wachtperiode ;
- de zwangerschap heeft de termijn van twaalf weken overschreden, en de vrouw wordt naar het buitenland doorverwezen ;
- de zwangerschap is te ver gevorderd bij de eerste consultatie, of er is een overschrijding van 14 weken amenorrhoe na de 6 dagen wachttijd ;
- de vrouw is doorverwezen naar een Belgisch ziekenhuis omwille van medische redenen of anesthesie ;
- de vrouw is doorverwezen naar een ander centrum in België ;
- de vrouw heeft beslist de zwangerschap te voltooien ;
- de vrouw is doorverwezen naar een adoptiedienst.

De hiernavolgende tabellen maken, per referentiejaar, het totaal op van de cijfergegevens die de centra en ziekenhuizen in hun jaarlijks verslag hebben verwerkt. Deze cijfers komen meestal niet overeen met de cijfers die door het secretariaat van de Evaluatiecommissie werden verwerkt op basis van de registratiedocumenten die ze heeft ontvangen. Het verschil is deels te verklaren daar een instelling een dossier kan samenstellen en registreren in december van een jaar X , maar de zwangerschapsafbreking pas uitvoert in januari van het jaar X+1, waardoor deze registratie ook in het jaar X+1 verwerkt wordt door het secretariaat van de Evaluatiecommissie.

1. NEDERLANDSTALIGE INSTELLINGEN:

Nederlandstalige centra

aantal centra		aantal verzoeken		aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken				aantal "afgewezen" verzoeken		% "afgewezen" verzoeken t.o.v. aantal verzoeken	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 na 12w	2019 na 12w	2018	2019	2018	2019
7	7	9.185	9.388	7.522	7.732	0	0	1.659	1.651	18.06	17.59

Nederlandstalige ziekenhuizen

aantal ziekenhuizen		aantal verzoeken		aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken				aantal "afgewezen" verzoeken		% "afgewezen" verzoeken t.o.v. aantal verzoeken	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 na 12w	2019 na 12w	2018	2019	2018	2019
9	7(*)	264	185	237	171	47	23	18	19	6.82	10.27

(*) Van 1 ziekenhuis in Vlaams Brabant en 1 ziekenhuis te Antwerpen ontvingen wij geen jaarverslag voor 2019. In deze beide instellingen samen werden er in 2019, nl. 7 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd.

2. FRANSTALIGE INSTELLINGEN

Franstalige centra

aantal centra		aantal verzoeken		aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken				aantal "afgewezen" verzoeken		% "afgewezen" verzoeken t.o.v. aantal verzoeken	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 na 12w	2019 na 12w	2018	2019	2018	2019
28(*)	29(**)	9.515	9.942	7.990	8.358	0	0	1.510	1.586	15.86	15.95

(*) Van 1 centrum uit Luik en 1 centrum uit Henegouwen hebben wij geen jaarverslag voor 2018 ontvangen. In deze beide instellingen samen werden er in 2018, nl. 693 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd.

(**) Van 1 centrum uit het Brussels Hoofdstedelijk Gewest hebben we geen jaarverslag voor 2019 ontvangen. In deze instelling werden er in 2019, nl. 237 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd.

Franstalige ziekenhuizen

aantal ziekenhuizen		aantal verzoeken		aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen waarvan na 12 weken				aantal "afgewezen" verzoeken		% "afgewezen" verzoeken t.o.v. aantal verzoeken	
2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018 na 12w	2019 na 12w	2018	2019	2018	2019
28(*)	28(**)	4.048	3.126	3.568	2.714	79	59	472	405	11.66	12.95

(*) Van 1 ziekenhuis uit Luik en 1 ziekenhuis uit Henegouwen hebben wij geen jaarverslag voor 2018 ontvangen. In deze beide instellingen samen werden er in 2018, nl. 8 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd.

(**) Van 3 ziekenhuizen uit Luik hebben wij geen jaarverslag voor 2019 ontvangen. In deze drie instellingen samen werden er in 2019, nl. 505 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd.

3. OVERZICHT BELGIË

Centra

aantal centra		Aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen	
2018	2019	2018	2019
35	36	15.512	16.090

Ziekenhuizen

ziekenhuizen		Aantal uitgev zwangerschapsafbrek.		waarvan na 12 weken	
2018	2019	2018	2019	2012	2013
37	35	3.805	2.885	126	82

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE VOORLICHTINGSDIENSTEN

Dit hoofdstuk is onderverdeeld in twee subhoofdstukken.

Het eerste gaat over de gegevens die werden overgemaakt door de Nederlandstalige instellingen en het tweede over de gegevens van de Franstalige instellingen.

1. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE NEDERLANDSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

CENTRA

1. Samenstelling en werking van de dienst

Vlaanderen telt steeds 7 Nederlandstalige abortuscentra verdeeld over de 5 provincies. De provincies Antwerpen en Oost-Vlaanderen tellen elk 2 centra, namelijk het LUNA abortuscentrum Antwerpen en het centrum Labyrint in Borgerhout. In de provincie Oost-Vlaanderen heeft men het LUNA abortuscentrum Gent en het Centrum Durmelaan te Lokeren.

De overige 3 Nederlandstalige centra liggen in Oostende (LUNA), Hasselt (LUNA) en in Brussel (Sjerp-Dilemma-VUB).

Op 1 januari 2018 heeft een fusie plaatsgevonden van vier Nederlandstalige abortuscentra (Antwerpen, Gent, Hasselt en Oostende), die al verscheidene jaren inhoudelijk samenwerkten. Ze fuseerden tot één vzw onder de naam Luna. We spreken voortaan van de LUNA-abortuscentra in Antwerpen, Gent, Hasselt en Oostende. Met het Nederlandstalige abortuscentrum Sjerp-Dilemma-VUB dat onder de koepel van de Vrije Universiteit Brussel opereert, is er een intense en contractueel afgesproken samenwerking. Alle verslagen opgestuurd naar het RIZIV en naar de Evaluatiecommissie zijn telkens ondertekend door LUNA en door Sjerp-Dilemma-VUB.

Dankzij deze fusie willen de verschillende LUNA abortuscentra nog beter samenwerken en onder meer met een doordacht vormingsprogramma de beste zorgkwaliteit blijven garanderen.

Alle centra bieden een medische en psycho-sociale begeleiding bij een ongeplande zwangerschap. Het centrum voor Zwangerschapsafbreking Labyrint, dat deel uitmaakt van de dienst gynaecologie van ZNA Sint-Erasmus, zorgt tevens voor hulpverlening bij het voortzetten van de zwangerschap.

Uit de jaarlijkse verslagen van de voorlichtingsdiensten blijkt dat de dienst er gemiddeld 12 personeelsleden telt (minimum 5 en maximum 20)

met een variabel aantal aan kwalificaties zoals artsen, gynaecologen, psychologen en/of seksuologen, (sociaal) verpleegkundigen, maatschappelijk assistenten en administratief verantwoordelijken.

De centra zijn op werkdagen (telefonisch) bereikbaar tijdens de kantooruren (halve of ganse dagen), soms één avond per week en dit voor dringende opvang.

Gesprekken en consultaties gebeuren op afspraak. Tijdens het intake-gesprek wordt ruim aandacht besteed aan een kwaliteitsvolle psychosociale benadering.

Veel zorg gaat naar het informeren van de vrouw, zodat deze een weloverwogen keuze kan maken. Ook eventuele achterliggende problemen worden besproken. Bovendien wordt ze gewezen op de wettelijke bepalingen in verband met de dagen bedenktijd, de periode waarbinnen abortus wettelijk mogelijk is, enz.

Desnoods kan de vrouw ook terecht bij de psycho-sociale medewerkers en/of maatschappelijk assistent voor een bijkomend beslissingsgesprek.

Eveneens kan de vrouw een extra medische consultatie aanvragen.

Bij voorkeur volgt dezelfde begeleider en dezelfde arts de vrouw gedurende het hele abortusproces (het vooronderzoek, de ingreep en de controle).

Als de vrouw vastbesloten is om tot een zwangerschapsafbreking over te gaan, wordt er dieper ingegaan op de beleving hierover en eventuele gevolgen.

De vrouw krijgt uitleg over de gekozen methode van zwangerschapsafbreking en wordt gesensibiliseerd voor haar toekomstige anticonceptie.

Het centrum voor zwangerschapsonderbreking Labyrint dat deel uitmaakt van de afdeling gynaecologie van het ZNA Sint-Erasmus en gelegen is in Borgerhout maakt steeds melding van een groot aantal allochtone vrouwen, mensen zonder verblijfstitel en asielzoeksters.

Het centrum Labyrint wil het groot aantal allochtone vrouwen benaderen als een kwetsbare groep, onder meer door hen sterker te maken op het gebied van seksualiteit en anticonceptie, met bijzondere aandacht voor de ontplooiing op vlak van gezondheid en onderwijs.

Labyrint gebruikt ook tolken om deze mensen te helpen op het vlak van taalbarrières. Deze mensen hebben ook het recht om correcte en duidelijke informatie te ontvangen over de wetgeving en de ondersteuning.

2. Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst in geval van probleemsituaties inzake zwangerschapsafbreking

Wat het aantal raadplegingen van de voorlichtingsdiensten betreft, kan men uit de verslagen opmaken dat het aantal raadplegingen grosso modo samenvalt met het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking. De reden hiervoor is dat de meeste centra het aantal vrouwen vermeldt dat een beroep op hen doet voor een zwangerschapsafbreking. Het tellen van het aantal contacten (een eerste consultatie, eventueel een extra gesprek, het consult bij de zwangerschapsafbreking - bij een medicamenteuze behandeling zijn dat er twee - en een eventuele controle) zou aanleiding kunnen geven tot een verkeerde interpretatie van de cijfers aangezien elke vrouw minstens twee en soms vijf maal in deze cijfers vervat zou zitten.

In werkelijkheid zouden deze cijfers hoger moeten liggen want, zoals de centra zelf aangeven, één verzoek tot abortus geeft aanleiding tot twee of meer gesprekken of raadplegingen. Het merendeel van de vrouwen beperkt het aantal raadplegingen tot het vooronderzoek, de zwangerschapsafbreking zelf en een eventuele controle.

De 7 centra samen registreerden in 2018: 9.185 raadplegingen en in 2019: 9.388 raadplegingen.

3. Toegepaste werkprocedure en hulpmethoden van de abortuscentra van de vzw LUNA en Sjerp-Dilemma-VUB

De toegepaste methoden verlopen gelijkaardig voor alle centra. De abortuscentra werken op afspraak.

De procedure verloopt volgens de wetgeving in drie fasen, namelijk het vooronderzoek, de ingreep en de nacontrole.

- De eerste consultatie - het vooronderzoek

Het vooronderzoek wordt door het interdisciplinair team(psychosociaal medewerkers en artsen). Drie basisattitudes zijn essentieel voor kwalitatieve abortushulpverlening: cliëntgericht, niet-paternalistisch en professioneel.

In samenspraak met de ongepland/ongewenst/ongewild zwangere cliënte worden partners of andere belangrijke derden betrokken in het hulpverleningstraject. Als we verder spreken over 'de cliënt' wordt steeds het cliëntsysteem bedoeld dat betrokken is bij de zwangerschap.

De psychosociaal medewerker doet een aanbod om het beslissingsproces samen te bekijken en/of te verhelderen. Het intakegesprek heeft steeds een open karakter. Het is belangrijk dat er wordt aangesloten bij wat de cliënt wenst en 'nodig' heeft, dit zowel op vlak van psychosociale ondersteuning als op vlak van concrete en praktische informatie.

De inhoud van de psychosociale gesprekken wordt bepaald door de specifieke situatie waarin cliënten geconfronteerd worden met een zwangerschap die als ongepland, ongewenst of ongewild wordt ervaren. Toch zullen bepaalde thema's altijd aan bod komen tijdens het vooronderzoek:

- ruimte geven aan de cliënten om hun verhaal over de zwangerschap te brengen;
- peilen naar het gevoel van de cliënte over de zwangerschap en de daaruit ontstane omstandigheden;
- peilen naar de bredere (sociale) context en zo meer;
- het verloop van de zwangerschap tot dusver bespreken;
- de medische voorgeschiedenis van de cliënte bekijken;
- het maken van een echografie om de duur van de zwangerschap te bepalen.

- Indien de zwangere vrouw haar zwangerschap wil afbreken en andere opties werden uitgesloten, worden de medische aspecten van een eventuele zwangerschapsafbreking besproken. Samen wordt er bepaald welke behandeling het best bij de cliënt past en wordt er de nodige toelichting gegeven.
- Het bespreken van de voorheen gebruikte anticonceptiva, wat er in dit verband misgelopen kan zijn en welke opties er zijn naar de toekomst toe, met andere woorden, voorlichting omtrent voorbehoedsmiddelen is een essentieel onderdeel van abortushulpverlening.

Een afspraak voor de zwangerschapsafbreking kan, indien de cliënte dit wenst, gemaakt worden aan het eind van het vooronderzoek. Bij twijfel rond de beslissing kunnen bijkomende gesprekken gepland worden.

- De zwangerschapsafbreking

De afspraak voor een zwangerschapsafbreking start steeds met een gesprek over de beslissing en alle daarbij behorende facetten, waarna de cliënte haar beslissing tot zwangerschapsafbreking schriftelijk bevestigt.

De zwangerschapsafbreking gebeurt volgens 2 soorten behandelingen

1. Het eerste type behandeling is de medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Deze behandeling kan in een ambulante setting tot een zwangerschapsduur van negen weken amenorroe. Ze bestaat uit 2 fases die maximaal 48 uur uit elkaar liggen.

Fase 1

Tijdens deze fase neemt de cliënte een tablet mifepristone in. Dit is een antiprogestageen dat de effecten van het lichaamseigen hormoon progestageen – nodig voor de ontwikkeling van de zwangerschap – tegengaat.

Fase 2

Deze fase vindt plaats 24 à 48 uur later. De cliënte krijgt dan prostaglandines toegediend. Prostaglandines doen de baarmoeder samentrekken en zorgen voor de uitstoting van de vruchtzak. Tijdens fase 2 verblijft cliënte maximum vier uur in het centrum.

Afhankelijk van het verloop van de behandeling wordt een controle gepland.

2. Het tweede type behandeling is de zwangerschapsafbreking door zuigcurettage. Het is een technische ingreep waarbij de inhoud van de baarmoeder wordt geaspireerd. Deze ingreep gebeurt tot een zwangerschapsduur van 14 weken amenorroe en gebeuren onder lokale verdoving. De cliënte wordt tijdens en na de ingreep bijgestaan door een psychosociaal medewerker. De behandeling duurt ongeveer 15 minuten en wordt gevolgd door een rustmoment van minstens een half uur. De behandelende arts ontslaat de cliënte en beslist of een controle gepland wordt.

- De controle-raadpleging

Ongeveer twee weken na de zwangerschapsafbreking volgt eventueel een medische controle. De arts die de behandeling uitvoert of die de medicamenteuze behandeling begeleidt bespreekt met de cliënte wanneer een controle noodzakelijk is. Ook na plaatsing van een spiraaltje komen cliënten op echografische controle. Psychosociale opvolgingsgesprekken zijn steeds mogelijk. Bij het centrum Labyrint wordt de vrouw op de hoogte gebracht van de mogelijkheden tot nabegleiding met eventuele doorverwijzing naar een Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg of de vzw Fara.

4. Voorstellen om de preventie van ongewenste zwangerschappen te verbeteren

A. Labyrint formuleert, zoals in haar vorig verslag, opnieuw dezelfde drie voorstellen:

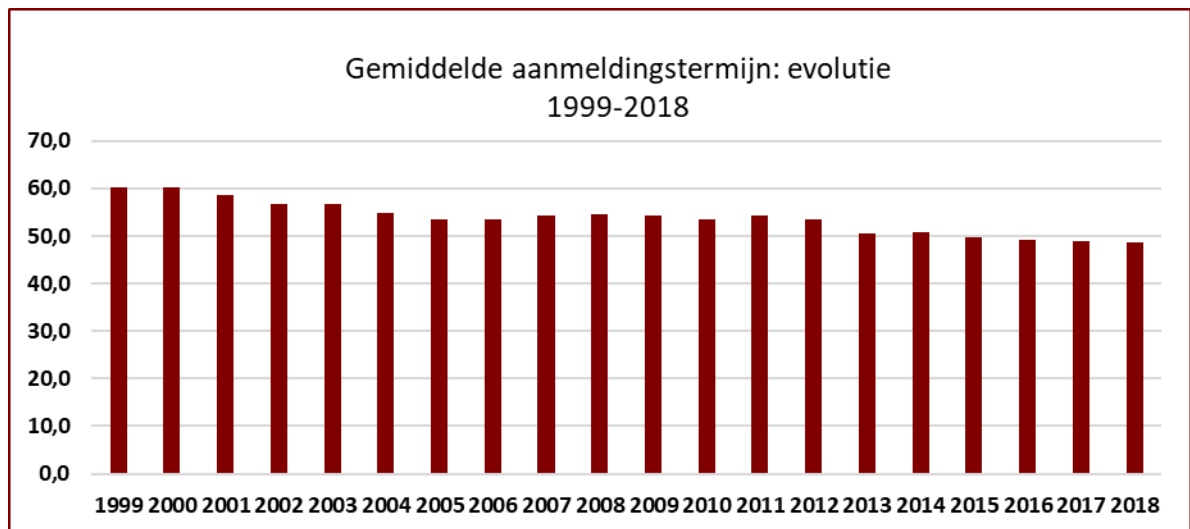
- een betere informatieverbreiding aangaande de noodpil daar het bestaan en de beschikbaarheid nog steeds te weinig bekend zijn, vooral bij jongeren;
- meer voorlichting op school i.v.m. correct anticonceptiegebruik en het doorbreken van de taboesfeer rond seksualiteit. Men moet er steeds de nadruk op leggen om het condoom samen met een ander voorbehoedsmiddel te gebruiken.
- verdere verlaging van de kostprijs van anticonceptiva, want jongeren, behoeftigen, asielzoekers en mensen zonder verblijfstitel kunnen dikwijls de aankoop financieel niet aan.

B. De LUNA abortuscentra en het centrum Sjerp-Dilemma-VUB formuleren, net als de vorige jaren, een gezamenlijk antwoord.

Vraag 1: Zijn er gevallen van opvang en hulp waar u op wenst te wijzen?

- Zwangerschapstermijn bij aanmelding:

Omwille van verschillende redenen (verbetering van de gevoeligheid van HCG-urinetesten, prijs en verkrijgbaarheid van zwangerschapstesten buiten de apotheek, verlaagde drempel voor toegang tot abortushulpverlening, snel contact via smartphone) contacteren cliënten ons steeds vroeger in de zwangerschap. De grafiek hieronder illustreert dit voor de voorbije twintig jaar: de gemiddelde termijn bij aanmelding daalde van 60 dagen amenorrhoea naar circa 49 dagen amenorrhoea.



Het gevolg is dat veel meer cliënten zich aanmelden vooraleer een zwangerschap echografisch kan worden vastgesteld. Daarom moeten er in deze groep bijkomende consultaties voorzien worden voor het echografisch en serologisch opvolgen van zeer vroege zwangerschappen en het uitsluiten van buitenbaarmoederlijke zwangerschappen: het gaat dus om een kostenfactor die jaarlijks stijgt.

Tegelijkertijd betekent het zeer vroeg diagnosticeren van zwangerschappen ook dat cliënten in een zeer vroeg stadium eerder impulsief contact opnemen met ons centrum. Veel van deze cliënten beslissen uiteindelijk om deze afspraak toch niet op te volgen. Het gevolg is dat het percentage “no shows” jaar na jaar verhoogt.

- Drempels voor de plaatsing van LARCs (Long Acting Reversible Contraception):

De abortuscentra zetten in op preventie van een volgende ongeplande zwangerschap door anticonceptie te bespreken in elk contact met de cliënten. Internationaal werd er omwille van de goede resultaten de voorbije jaren meer en meer ingezet op het voorschrijven van LARC.

Ook onze centra hebben hier de voorbije jaren met succes op ingezet. Spijtig genoeg is deze hoogkwalitatieve contraceptie voor veel cliënten te duur met als gevolg dat de plaatsing van een implantaat of spiraal wordt uitgesteld tot de controle-afspraak of tot een latere consultatie bij de eigen arts. We vrezen echter dat uitstel afstel wordt, temeer omdat cliënten vaak expliciet vermelden dat ze de plaatsing uitstellen wegens financiële problemen.

De ervaring leert dat anticonceptie voor een aantal cliënten onbetaalbaar is. Deze cliënten zijn op de hoogte van anticonceptie, willen een anticonceptivum gebruiken maar ervaren dat dit ontoegankelijk is omwille van de kostprijs. We betreuren dan ook dat de maatregel van de Christelijke Mutualiteit om de anticonceptie maatregel, die geldt voor min 21-jarigen (en die recent uitgebreid is tot min 25-jarigen), toe te passen voor alle mensen met een verhoogde

tegemoetkoming na enkele maanden is teruggeschroefd. Een verhoogde tegemoetkoming is een objectief criterium voor een lage sociaal-economische status.

Uit onze cijfers blijkt dat cliënten steeds vaker erg vroeg in de zwangerschap consulteren én rechtstreeks een afspraak maken, dus zonder tussenkomst van een andere arts.

Dit zou kunnen wijzen op een doorbreken van het taboe rond ongepland en ongewild zwanger raken en het verminderen van het stigma rond een zwangerschapsafbreking.

Terzelfdertijd blijkt het aantal cliënten dat geen behandeling in de abortuscentra kan krijgen omdat hun zwangerschap op de dag van de eerste aanmelding al te ver gevorderd is, stabiel te zijn.

Vraag 2: Hebt u vanuit uw ervaring eventueel voorstellen om de preventie inzake ongewenste zwangerschappen te verbeteren?

Eerst en vooral dient vermeld te worden dat België een zeer goed anticonceptieprofiel heeft, m.a.w. het gebruik van veilige en betrouwbare anticonceptiemiddelen ligt zeer hoog.

Uit de Contraception Atlas (www.contraceptioninfo.eu), een publicatie van het European Parliamentary Forum on Population & Development (EP*) blijkt dat België bij de top drie behoort in Europa wat betreft toegang tot moderne anticonceptie, de beschikbaarheid van online informatie en toegang tot counseling. Het lage abortuscijfer van België staat hier onlosmakelijk mee in verband.

Dit wil natuurlijk niet zeggen dat er in België geen groepen zijn die een extra kwetsbaarheid hebben en daardoor uit de boot kunnen vallen. Op dit vlak zijn beleidsmaatregelen noodzakelijk.

Om een gefundeerd en breed gedragen antwoord te geven willen we dan ook putten uit het eindrapport³ van het Symposium Seksuele Gezondheid dat plaatsvond op 14 december 2018.

Het symposium was een samenwerking van het Agentschap Zorg en Gezondheid in samenwerking met Sensoa, het Vlaams expertisecentrum voor seksuele gezondheid. Als voorbereiding op dit symposium vond een consultatie van het ruime werkveld plaats aan de hand van vijf rondetafelbijeenkomsten waar 148 personen aan deelnamen. ‘ De doelstelling was om te komen tot een stand van zaken op het vlak van seksuele gezondheid in Vlaanderen en na te gaan welke pijnpunten er vanuit het werkveld en beleid worden gesignaleerd, alsook om samen met het werkveld en beleid na te denken over aanbevelingen om aan deze pijnpunten tegemoet te komen.’ (p.6 van het eindrapport).

³ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

Hoofdstuk 5 van het eindrapport betreft (on)geplande en (on)gewenste zwangerschap. We zullen een aantal aanbevelingen uit het rapport aanhalen die nauw aansluiten bij de ervaring van de abortuscentra.

We citeren uit het eindrapport de voor ons meest toepasselijke items.

Mensen met een lage sociaaleconomische status (5.1.6.2 van het eindrapport, p. 55) Verschillende factoren en specifieke noden dragen ertoe bij dat mensen met een lage sociaaleconomische status een risicogroep zijn met betrekking tot ongewenste zwangerschappen. Mensen in armoede hebben vaak weinig onderwijs genoten, wat op zijn beurt samengaat met een gebrekkige kennis van het lichaam, de menstruatiecyclus en anticonceptie. Verder is het voor mensen in armoede moeilijk om van anticonceptie een prioriteit te maken aangezien zij vaak met vele andere uitdagingen te kampen hebben. Soms wordt het anticonceptiegebruik ook plots onderbroken wanneer er dringender zaken de aandacht opeisen. De partner is daar dan niet altijd van op de hoogte. Mensen in armoede hebben bovendien vaak weinig zelfvertrouwen en hebben het gevoel dat ze in hun leven weinig touwtjes zelf in handen hebben. Ze ervaren dat anderen de regie over hun leven voeren. Het is voor hen dus geen vanzelfsprekendheid om zelf keuzes te maken rond gezinsplanning en anticonceptie.

De keuze voor een anticonceptiemiddel wordt ook mee bepaald door de prijs. Vooral het prijskaartje van een hormonaal spiraal schrikt mensen in armoede af. Op lange termijn is het spiraal niet duur, maar de som moet in één keer worden betaald en dat is voor velen niet haalbaar. Het koperspiraal is goedkoper en daardoor toegankelijker. Mensen die een leefloon hebben, moeten hun rekeningen binnenbrengen bij het OCMW. Het zou kunnen dat ze uit schaamte geen rekeningen voor anticonceptie willen binnenbrengen. Ook jongeren weten meestal niet dat anticonceptie voor hen goedkoper of gratis is en dat het OCMW tussenkomt als het nodig zou zijn.

Ten slotte hebben veel mensen met een lage socio-economische status al erg vroeg een kinderwens. Dit zou een invloed kunnen hebben op hun omgang met (informatie over) anticonceptie, on veilige seks en het voorkomen van een zwangerschap.

Kwetsbare groepen (5.4.1.2 van het eindrapport p. 60)

Er bestaan belangrijke financiële en administratieve drempels tot anticonceptiegebruik voor bepaalde kwetsbare groepen, met name, verzekerde personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, personen die positief scoren volgens de kansarmoede index van Kind en Gezin, en niet-verzekerden. Financiële en praktische drempels zorgen ervoor dat vooral kwetsbare groepen minder gebruik maken van de meer betrouwbare, langdurig werkende anticonceptiemiddelen (onder andere hormoonspiraal of implantaat).

We citeren enkele aanbevelingen.

- Gratis toegang verschaffen tot (nood)anticonceptie voor kwetsbare personen.

Er moet worden onderzocht op welke manier de toegang tot langdurig werkende anticonceptie voor kwetsbare groepen kan worden bevorderd. Daarvoor worden good practices uit het buitenland in kaart gebracht, bijvoorbeeld Nederland en het Verenigd Koninkrijk. De mogelijkheid kon onderzocht worden of langdurig werkende contraceptiemiddelen via een openbare aanbesteding aangekocht kunnen worden en verdeeld via de apotheek. Er is ook nood aan een éénvormig beleid voor de OCM W's met betrekking tot tussenkomst voor leefloners bij de betaling van deze middelen. Financiële tussenkomst mag niet afhankelijk zijn van de regio waarin men woont.

- Het verbeteren van hulpverlening rond anticonceptie en gezinsplanning (5.4.2), met name voor kwetsbare groepen {5.4.2.2. op p. 61-62}

Er bestaan belangrijke financiële en administratieve drempels tot de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg rond reproductieve gezondheid voor bepaalde kwetsbare groepen, met name, verzekerde personen die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, personen die positief score volgens de kansarmoede index van Kind en Gezin, en niet-verzekerden.

De procedure tot dringende medische hulp verloopt moeilijk, wat de toegang tot zorg beperkt. Bovendien zijn er erg grote verschillen in de toepassing tussen steden. kwetsbare vrouwen weten ook niet altijd waar ze terecht kunnen en kennen hun rechten niet. De dienstverlening die de prenatale steunpunten aan niet-verzekerden kunnen bieden, is beperkt terwijl deze groep vrouwen net vaak meer complicatiestijdens de zwangerschap ervaart en dus nood heeft aan toegang tot de reguliere- zo wel als specialistische zorg.

Tot slot zien we een groot wantrouwen ten aanzien van hulpverleners bij de meest kwetsbare groepen waardoor boodschappen niet worden opgepikt.

We citeren ook een aanbeveling uit het eindrapport die ook voor de abortuscentra essentieel zou zijn:

We pleiten ervoor dat de procedure voor dringende medische hulp sterk wordt vereenvoudigd, ruimer wordt toegekend, en consistentier wordt toegepast. Idealiter krijgen zwangere, niet-verzekerde vrouwen directe toegang tot medische hulp, waaronder prenatale zorg, abortus, bevalling in het ziekenhuis en postnatale zorg.

B. ZIEKENHUIZEN

1. Samenstelling en werking van de dienst en aantal raadplegingen

Het aantal personeelsleden varieert van 2 tot 23.

Dit wil niet zeggen dat deze personen exclusief voor de voorlichtingsdienst, met betrekking tot de zwangerschapsproblematiek, actief zijn. Zo laat het AZ Nikolaas weten dat er bovenop de 55 vroedvrouwen die er werken ook nog 66 personen deel uit maken van de voorlichtingsdienst.

De activiteit past in het kader van de Dienst Gynaecologie of de Dienst Verloskunde.

De kwalificaties zijn vergelijkbaar met de centra. Er is een multidisciplinair team van artsen, psychologen, maatschappelijk assistenten en/of sociaal verpleegkundigen.

Binnen de werking van de dienst wordt in ziekenhuizen eventueel advies gevraagd aan de Ethische Commissie. De procedure die wordt doorlopen vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking is vergelijkbaar met die in de centra.

2. Aantal raadplegingen van de voorlichtingsdienst met betrekking tot zwangerschapsafbreking

De 9 ziekenhuizen die hun jaarverslagen voor 2018 overmaakten hebben gezamenlijk 272 raadplegingen gemeld en in 2019 hebben er 7 ziekenhuizen samen 218 raadplegingen gemeld.

3. Toegepaste opvang- en hulpmethoden

Meestal wordt de voorlichtingsdienst op vraag van de gynaecoloog of de arts ingeschakeld. Ook de bereikbaarheid van de voorlichtingsdiensten gaat samen met de openingsuren van de instellingen (kantooruren).

De meeste ziekenhuizen hebben hun eigen flyers of documentatiebrochures met uitleg over de voorlichtingsdienst en de gegevens van de medewerkers en/of artsen bij wie men een afspraak kan maken.

Tijdens de begeleidingsgesprekken wordt vooral de nadruk gelegd op de emotionele ondersteuning, het wetgevend kader, informatie over de ingreep zelf, het verloop ervan en de voorlichting rond anticonceptie. Er wordt ook steeds verwezen naar FARA vzw, het steunpunt dat zwangerschapskeuzes begeleidt.

De vrouw ondertekent een intentieverklaring als zij in de overtuiging is de zwangerschapsafbreking te laten voltrekken.

De emotionele aspecten van haar beslissing en de eventuele nasleep komen ook aan bod. Er wordt haar medegedeeld dat er ten behoeve van het verwerkingsproces één of meerdere nazorggesprekken mogelijk zijn en indien gewenst heeft de vrouw de mogelijkheid een ondersteuningsgesprek te bekomen bij de voorlichtingsdienst of bij een psychologisch consult. Desnoods zijn er de lotgenotenbijeenkomsten van FARA.

Zo heeft AZ Nikolaas een procedure “Perinatale diagnostiek – zwangerschapsafbreking “ opgesteld waarin de handelingen worden beschreven die dienen te gebeuren als een patiënte, die voor een zwangerschapsafbreking op medische indicatie, binnenkomt. Het is een 11-stappenplan met als doelstelling uniformiteit in de handelwijze en een leidraad te geven bij de verschillende mogelijke handelingen.

4. Voorstellen om de preventie van ongewenste zwangerschappen te verbeteren

Zoals in de vorige jaren maakt het AZ Jan Palfijn in zijn jaarverslag melding van de te hoge drempelvrees bij talrijke vrouwen om anticonceptie te vragen en te gebruiken en pleit voor een betaalbare anticonceptie, ook voor mensen zonder verblijfsdocumenten;

Daarnaast benadrukt dit ziekenhuis het gebrek aan eenvoudige informatiekanalen rond de menstruele cyclus, voorbehoedsmiddelen en tools voor het doorbreken van mythes rond anticonceptie in bepaalde culturen.

De verslagen van de overige ziekenhuizen maken voor het overige geen melding van nieuwe suggesties en/of verbeteracties.

3. ANALYSE VAN DE JAARVERSLAGEN VAN DE FRANSTALIGE VOORLICHTINGSDIENSTEN

A. CENTRA

De hierna opgenomen gegevens zijn afkomstig van de verslagen die aangeleverd zijn door 28 centra van 30 in 2018; 29 centra van 30 in 2019.

1. Aantal personen die in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie

De dienst telt tussen 7 en 37 personen en bestaat uit een variabel aantal juristen, psychologen, maatschappelijk werk(st)ers, huwelijksconsulenten, artsen en gynaecologen, het personeel belast als animatoren/ animatrices, EVRAS⁴- animatoren/ animatrices, psychiaters, gebrevetteerde of gegradueerde verpleegkundigen, verpleegkundigen gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg; vroedvrouwen, gezinsbemiddelaars of -therapeuten licentiaten gezinswetenschappen en seksualiteit of seksuologen, licentiaten communicatie, opvoeders, boekhoudkundig, administratief, coördinerend en financieel personeel.

2. Werking van de dienst

De bereikbaarheid van de diensten wisselt naargelang van de centra, gaande van 7u30 tot 20u30 tijdens de week en van 9u30 tot 13u op zaterdag.

Het onthaal zorgt permanent voor opvang en er zijn bepaalde consultaties voorzien, maar de medische gesprekken, de zwangerschapsafbrekingen, de juridische, sociale, echtelijke en psychologische consultaties alsook de familiale bemiddeling gebeuren enkel op afspraak.

De administratieve, psychosociale en medische gegevens zijn opgenomen in het patiëntendossier, dat in het algemeen elektronisch is.

⁴ EVRAS (afkorting voor « l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle »)

De gegevens van de zwangerschapsafbrekingen van vrouwen die in orde zijn met het ziekenfonds, zijn opgenomen in het RIZIV-register. De vrouwen die niet in orde zijn met het ziekenfonds, zijn opgenomen in de activiteitenverslagen die aan het Gewest worden overgemaakt

Het centrum stuurt een medisch verslag naar de adviserend geneesheer van het ziekenfonds die ook de aanvraag voor tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieprestatie ontvangt.

Indien de vrouw dit wenst, wordt een liaisonfiche overgemaakt aan haar behandelende arts.

De animatoren, opvoeders, maatschappelijk werkers of coördinatoren verstrekken ook informatie ter bevordering van drieledige preventie: "condoom + anticonceptiemiddel + preventie van seksueel overdraagbare ziektes om onvruchtbaarheid te voorkomen".

Deze informatieverstrekking heeft betrekking op relaties, liefde en seksualiteit, respect, intimiteit, de puberteit, verslavingen, geweld, relatie met de ouders, kindervens, ... en richten zich in het bijzonder

- op scholen en studentenmilieus (op niveau van secundair en hoger onderwijs),
- vakantie- en recreatieplaatsen,
- structuren voor jongvolwassenen met een fysieke en/of mentale beperking,
- structuren voor kwetsbare volwassenen,
- discussieplaatsen en voorzieningen voor gezondheidspromotie (wijkgezondheidscentra, ...),
- moedertehuizen en opvangplaatsen voor volwassenen,

er worden ook samenwerkingsverbanden georganiseerd met gerichte of regelmatige partners (bv.: love week, Love Pack Day, contacten met het platform tegen echtelijk geweld, vrouwencollectief, Fedasil, ...).

Sommige centra zijn volledig geïntegreerd in een netwerk met andere centra (beheer van de wachttijden), specifieke structuren (psychisch-medisch-sociale opvang) en ziekenhuizen, via overeenkomsten (te specifiek ziektebeeld of volledige verdoving).

Er worden geregeld multidisciplinaire vergaderingen georganiseerd om:

- het onthaal, de opvang en de opvolging te verbeteren
- de behandelde gevallen en de nieuwe geneesmiddelen te bespreken
- goede praktijken uit te wisselen
- ethische en vertrouwelijkheidskwesaties, wettelijke voorschriften te bespreken
- de opvang van minderjarigen te verbeteren
- de informatieverstrekking aan te pakken

Bij de opvang van buitenlandse vrouwen (migranten, ...) wordt er een beroep gedaan worden op collega's die andere talen spreken, maar daarnaast wordt er ook veel samengewerkt met diensten die tolken kunnen ter beschikking stellen (bijvoorbeeld SETIS).

Specifieke problemen in verband met de werking van de dienst:

Sommige centra betreuren het feit dat er een tekort aan abortusartsen is, met name om aspiraties uit te voeren, waardoor ze minder vrouwen kunnen opvangen of spreekuren moeten schrappen. Ze stellen voor zwangerschapsafbreking op te nemen in het lesprogramma van toekomstige artsen.

Sommige centra klagen aan dat bepaalde ziekenfondsen weigeren tussen te komen omdat de wettelijke wachttijd van zes dagen niet werd gerespecteerd, terwijl in toepassing van de rechtspraak de arts in geval van medische noodzaak deze termijn kan inkorten. Deze centra klagen ook aan dat deze ziekenfondsen zich het recht toe-eigenen na te gaan of er wel degelijk een medische noodzaak was (er wordt een bewijsstuk gevraagd, met inbegrip van de persoonlijke notities van de arts). Er wordt dan ook gevraagd de RIZIV-overeenkomst aan te passen, want hoewel er een schrijven aan de federaties van ziekenfondsen werd gericht om hen te vragen de rechtspraak te respecteren, is dit nog geen algemeen verspreid principe.

Meerdere centra hebben hun twijfels over het nut van het register met de consultaties van vrouwen die in orde zijn met het ziekenfonds, zoals opgelegd door de RIZIV-overeenkomst, omdat dit register nooit gecontroleerd wordt en de tijden die erin vermeld staan forfaitair zijn.

3. Aantal consultaties van de dienst, naar aanleiding van een zwangerschapsafbreking

Het aantal varieert tussen 149 en 7.128. Deze getallen liggen zo ver uiteen door de manier waarop de consultaties worden geregistreerd. Het tweede cijfer is zo hoog omdat er meerdere consultaties zijn geregistreerd, in geval van twijfel bij de vrouw of bij medische problemen.

Twee centra hebben geen cijfers doorgegeven, omdat ze niet gekend zijn:

- ofwel omdat sommige gegevens doorgegeven zijn tijdens de spreekuren terwijl de vrouw nog anoniem is;
- ofwel omdat de vrouw enkel informatie komt vragen en toch geen zwangerschapsafbreking laat uitvoeren;
- ofwel omdat, in geval er verschillende afspraken worden gemaakt, die niet altijd allemaal meegerekend of opgenomen zijn in het RIZIV-forfait en niet terug te vinden zijn in de registratie van het centrum;
- ofwel omdat de vrouw opgevolgd wordt door de behandelende arts.

4. Methodes van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking

Een opvangmedewerk(st)er – doorgaans een maatschappelijk werk(st)er of een psycholo(o)g(e) – begeleidt de vrouw gedurende het volledige proces. De opvangmedewerk(st)er en/of de arts kunnen de vrouw verschillende keren zien, indien uit het verzoek twijfel blijkt of indien er nog steeds angsten bestaan.

- **Methodes toegepast vóór de afbreking:**

Psychosociaal gesprek: er wordt dieper ingegaan op de kinderwens, de plaats van de zwangerschap in het gevoelsleven en leven als koppel, de sociaaleconomische en administratieve context, het gevoels- en relatieklimaat, de familiale, culturele en religieuze druk en diverse problemen en kwetsbaarheden; alsook de mogelijke crisissituaties (rouw, adolescentie, trauma's, ...) worden geïdentificeerd, en eventuele verslavingen en geweld worden geformuleerd.

Voorstellen van alternatieven: voortzetten van de zwangerschap om het kind te houden of af te staan ter adoptie of plaatsing in een opvanggezin: visualisatie van de gevolgen van de afbreking of de voortzetting van de zwangerschap op het leven van de vrouw, haar echtelijke en familiale relaties. Het verstrekken van informatie over de interne en externe diensten die de vrouw kunnen helpen het kind te houden.

Het verstrekken van informatie over huisvestingsondersteuning en -rechten, financiële, sociale en juridische bijstand waarop men aanspraak kan maken als men de zwangerschap voortzet. De opvangmedewerk(st)er regulariseert zo nodig de sociale zekerheidsdossiers, zet stappen bij het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), gaat op zoek naar een opvangtehuis of zorgt voor bemiddeling met de ouders. In geval van een ernstig probleem, kan de vrouw doorverwezen worden naar een gespecialiseerde juridische, sociale of psychologische dienst.

Voorstellen van de afbrekingsmethodes: wetgeving, manier van werken, voorschriften, kostprijs, opvolging en (ab)normale gevolgen.

Overhandigen van de nodige documenten: het instemmingsformulier, dat door de vrouw ondertekend moet worden, het verzekeraarsdocument dat ingevuld moet worden door het ziekenfonds, en het aanvraagformulier voor tegemoetkoming in de kosten van de revalidatieprestatie en in de bijbehorende verplaatsingskosten.

Overgaan tot de anamnese en een gynaecologisch en profylactisch onderzoek: echografie om de zwangerschap te dateren en bloedafname om de bloedgroep te controleren en om na te gaan of er geen infecties en contra- indicaties zijn; alsook het medisch gesprek.

Zwangerschapsafbrekingen uit te voeren na de wettelijke termijn van 12 weken: de echografieën worden uitgevoerd, en indien de resus negatief is, wordt Rhogam voorgeschreven, dat gratis is in België. De contactgegevens van de tussenstructuren, de te zetten stappen en de te bezorgen documenten worden doorgegeven; het centrum kan deze stappen zetten in het kader van zijn eventuele samenwerking met instellingen in het buitenland, voornamelijk in Nederland (Bloemenhovekliniek) en in Spanje (kliniek Médico Aragón). Indien de zwangerschap evenwel te vergevorderd is, kan contact worden opgenomen met instellingen die het voorzetten van de zwangerschap en de bevalling begeleiden en instaan voor de psychosociale opvolging. Indien nodig kan er geholpen worden bij de keuze tussen het houden van het kind of adoptie.

Anticonceptie: analyse van het mislukken van of de weerstand tegen anticonceptie, en vermelden van toekomstige anticonceptie om een nieuwe ongewenste zwangerschap te voorkomen (overhandigen van brochures over anticonceptie en noodanticonceptie (Norlevo)).

Intervisie tussen de arts en de opvangmedewerkster: voor de uitwisseling van informatie.

- **Methodes toegepast tijdens de afbreking:**

Uitvoering van de zwangerschapsafbreking door de arts, in aanwezigheid van de opvangmedewerk(st)er, die praktische tips geeft, de vrouw geruststelt en haar de kans geeft om uit te leggen wat ze heeft meegemaakt. Er is een tweede arts in het centrum aanwezig, en in geval van nood worden de vrouwen overgebracht naar een ziekenhuis. De vrouw kan ook worden doorverwezen naar een ziekenhuis om medische redenen of redenen die verband houden met de verdoving, meer bepaald in het kader van de samenwerkingsovereenkomst tussen het centrum en een ziekenhuis.

Op punt stellen van de anticonceptie.

Opmerking: in 2019 heeft een centrum aangegeven te experimenteren met zwangerschapsafbrekingen thuis, met name op basis van de ervaringen van het REVHO-net in Ile-de France⁵.

- **Methodes toegepast na de afbreking:**

Uitvoering van een medische controle en verificatie van de anticonceptie door de arts, na twee weken. De opvangmedewerk(st)er heeft een gesprek met de vrouw zodat deze laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart. De vrouw kan gehoord worden door de psycholo(o)g(e) en eventueel doorverwezen worden naar een gespecialiseerde sociale of psychologische dienst.

⁵ Netwerk opgericht in 2004, om de toegang tot VZA in de stad te vergemakkelijken. <http://revho.fr/livg-et-vous/deroulement-avortement-medicamenteux/>

5. Specifieke gevallen van opvang en begeleiding waarop dient gewezen te worden

- **Specifieke situatie van de opgevangen vrouwen**

Meer en meer vrouwen hebben geen sociale zekerheid. Slechts heel weinigen onder hen doen een beroep op dringende geneeskundige hulpverlening.

Sommige, heel kwetsbare vrouwen, bieden zich aan na 14 weken amenorrhoe: de termijn tijdens dewelke een zwangerschap afgebroken mag worden blijkt te kort voor deze vrouwen.

Vele vrouwen zijn buitenlands en culturele, etnische en religieuze invloeden wegen door op de beslissing.

Het nemen van de beslissing kan eveneens beïnvloed worden door moeilijke of kritieke situaties (adolescentie, rouw, scheiding, ontslag, ...).

Sommige vrouwen vragen een afbreking van de zwangerschap omwille van grote socio-economische problemen, grote familiale problemen of complexe psychosociale situatie, wat een intensieve pluridisciplinaire begeleiding met zich meebrengt en soms aanleiding geeft tot een moeilijke en gecompliceerde opvang. De begeleiding van de VZA wordt dan soms secundair en komt na het helpen bij het oplossen van deze talrijke problemen.

Een centrum benadrukt de gevallen van seksueel, familiaal of echtelijk geweld (met inbegrip van het niet-respecteren van de vrouw en haar rechten).

Een centrum signaleert een geval van huiselijk geweld in het diplomatiek milieu en de moeilijkheden die de vrouw ondervindt: haar financiële situatie geeft haar geen toegang tot de sociale hulp voor niet-Europese vreemdelingen en de toepasselijke wetgeving heeft geen rechtsmacht. Een ander centrum wijst op de moeilijkheden van niet-Europese buitenlandse vrouwen die enerzijds geen adres of ziekenfonds hebben en slechts in zeer beperkte mate toegang hebben tot sociale hulp en anderzijds een trauma hebben opgelopen in hun land van oorsprong. Deze vrouwen verliezen snel het contact met het centrum door hun precaire situatie en hun zwervend bestaan: de samenwerking met FEDASIL moet verbeterd worden.

Een centrum meldt het geval van een koppel dat een zwangerschapsonderbreking had gevraagd na een proces van medisch geassisteerde voortplanting en de intensievere psychologische opvang die bovenop de klassieke evaluaties en gesprekken komt die bij een zwangerschapsafbreking worden aangeboden.

Een centrum meldt dat het de stress en de angst onder controle houdt via hypnose en merkt een toegenomen vraag naar psychologische en/of medische begeleiding na de zwangerschapsafbreking.

Een centrum meldt dat een vrouw in een kwetsbare situatie een zwangerschapsafbreking heeft gevraagd alvorens te verdwijnen, want aanleiding heeft gegeven tot een onderzoek van de politie; het centrum personeel heeft tijd moeten vrijmaken om mee te werken aan het onderzoek

Een ander centrum kreeg te maken met een verkrachting van een Erasmus-studente, die kwetsbaar was omdat ze zich ver van haar familie bevond. Het geaspireerde embryo werd ingevroren in het kader van het onderzoek; het personeel werd geconfronteerd met het probleem van seksueel geweld en de forensische gevolgen ervan.

- **Anticonceptie**

Sommige vrouwen weigeren anticonceptie, voornamelijk hormonale middelen (slechte publiciteit) en willen enkel natuurlijke methodes.

- **Zwangerschapstesten**

Een centrum wijst erop dat zwangerschapstests steeds betrouwbaarder worden waardoor de aanvragen om zwangerschapsafbreking ook sneller gebeuren.

- **Gesprekken**

Sommige centra benadrukken dat de vrouwen langer nadenken in het centrum en dat het aantal gesprekken vóór de zwangerschapsafbreking toenemen.

- **Vertrouwelijkheidsprobleem**

Als het ziekenfonds de terugbetaling van de derde betaler uitvoert op de bankrekening van een titularis is de vertrouwelijkheid van de medische prestaties niet langer gegarandeerd voor de opgevangen persoon; dit verergert nog door de informatisering, want hierdoor kan geen uitzondering meer gemaakt worden bij de verwerking van de gegevens.

Een centrum eist bij zwangerschapsafbreking van een minderjarige dat er een volwassene op de hoogte is van de situatie: is het centrum verantwoordelijk als er geen enkele volwassene op de hoogte is van de zwangerschapsonderbreking?

- **Wettelijke situatie**

Vele centra vragen dat er ernstig nagedacht wordt over het depenaliseren van de VZA, de verlenging van de termijn om een zwangerschap af te breken en de versoepeling van de wettelijke bedenktijd.

6. Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen

• Zwangerschapsafbreking

Zwangerschapsafbreking destigmatiseren bij het grote publiek en gezondheidswerkers.

De verplichte bedenktijd voor de zwangerschapsafbreking inkorten; deze moet aansluiten op het verzoek van de vrouwen en de behoeften op het terrein (hoogdringendheid).

De mogelijkheid om een zwangerschap te onderbreken zonder naar het buitenland te hoeven gaan verlengen.

• Opleiding

Zwangerschapsafbreking opnemen in het universitair curriculum van toekomstige artsen en degene die VZA's willen uitvoeren ondersteunen (de centra leiden stagiairs op en het is voor hen moeilijk deze opleiding te integreren in hun cursus).

• Toegang tot en financiering van de anticonceptie

Zorgen voor gratis anticonceptiemiddelen (of ze toegankelijker maken), met inbegrip van de morning-afterpil en het IUD, voor alle leeftijden. De voorkeur geven aan langwerkende anticonceptiemiddelen. Alle verzoeken tot begeleiding van een VZA van vrouwen in een kwetsbare situatie ten laste nemen.

• Informereren

Alle gezondheidswerkers (huisartsen, gynaecologen, paramedisch personeel, psychologen, ...) nog meer sensibiliseren voor het verstrekken van kwalitatieve informatie over anticonceptie aan hun patiënten en hun partners en daarbij de nadruk te leggen op langwerkende anticonceptie.

Informatie over het seksueel leven, seksueel overdraagbare ziektes, anticonceptie, enz. meer en algemener beschikbaar maken door RSV-infosessies op scholen, in verenigingen en tijdens feestjes. Hiervoor zijn meer financiële middelen (of kosteloosheid), meer tijd en meer personeel voor het RSV-programma nodig. Meer informatiekanalen (brochures, spots, tv, radio, internet, affiches, reclame) gebruiken en meer infosessies organiseren, om een zo ruim mogelijk publiek (adolescenten en volwassenen) te bereiken. In het bijzonder referentiewebsites over specifieke thema's zoals contraceptie, gevoelsleven, verantwoord ouderschap, risico tijdens een breuk, enz. identificeren.

Preventie binnen een groter kader zien door ook te spreken over kennis van het lichaam en de werking ervan, intimiteit, het concreet gebruik van elk anticonceptiemiddel en om daarnaast ook nog een condoom te gebruiken, nadenken over de verschillende soorten weerstand tegen anticonceptie, het nemen van risico's, vooroordelen, voorstellingen en responsabilisering van de partner.

Beschikken over meer subsidies om personeel aan te werven om te zorgen voor preventie.

Het negatieve beeld van hormonale anticonceptiemiddelen (ten gevolge van in bepaalde media verspreide informatie) ontcrachten; informatiecampagnes organiseren over de noodzaak een anticonceptiemiddel te gebruiken, zelfs na een relatiebreuk, om bij een nieuwe relatie beschermd te zijn.

De mannen betrekken bij elke informatiecampagne en alle informatie die door gezondheidswerkers verspreid wordt. Mannen die zich geen vragen stellen over de bescherming van hun partner sensibiliseren.

Het nadenken over en het onderzoek naar anticonceptiemiddelen voor mannen aanmoedigen.

Zwangerschapswens en kinderwens van elkaar onderscheiden en het begrip ongewenste zwangerschap uitleggen: een zwangerschap kan gewenst zijn, maar het moederschap kan onmogelijk of ongewenst blijken, een zwangerschap kan niet gepland zijn maar wel aanvaard worden.

Sensibiliseringscampagnes organiseren voor ouders die weigeren hun dochter een anticonceptiemiddel te laten gebruiken omdat ze denken dat ze dan geen seksuele relaties zal hebben.

- **Centra voor gezinsplanning**

De centra toelating geven om gratis de morning-afterpil te verstrekken.

De centra bij het publiek en het psychosociaal netwerk bekend maken als basisstructuur voor het emotionele, seksuele en relationele leven en de preventie van ongewenste zwangerschappen en de betrokkenheid bij de sociale praktijk van gezinsplanning vergroten.

De centra voor gezinsplanning verdedigen als gespreksruimtes.

- **De Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking**

De Commissie omvormen tot een onderzoekinstelling om gegevens in te zamelen die wetenschappelijke analyses mogelijk maken.

Het platform Abortion Right⁶ heeft eveneens het memorandum "Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes", opgesteld, dat hieronder wordt overgenomen:

Het platform Abortion Right werd opgericht in 2011 en is een toezichts- en actiestructuur die Franstalige en Nederlandstalige partnerorganisaties actief op het vlak van seksuele en reproductieve rechten verenigt.

⁶ <https://www.planningsfps.be/memorandum-abortion-right-un-droit-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/> (2019)

Centre d'Action Laïque, Centre du Libre Examen, Centre Séverine, Conseil des Femmes Francophone de Belgique (CFFB), Nederlandstalige Vrouwen Raad (NVR), deMens.nu -Unie Vrijzinnige Verenigingen vzw, Humanistisch-Vrijzinnige Vereniging (HVV), Fédération des Centres de Planning et de Consultations, Fédération des Centres de Planning Familial des FPS, Fédération des Centres Pluralistes de Planning Familial, Fédération Laïque de Centres de Planning Familial, FGTB-ABVV, Furia, GACEHPA, Garance, LUNA, Mouvement Ouvrier Chrétien – MOC, Socialistische Mutualiteit Universiteit des femmes, VIVA.

Het heeft tot doel het recht op vrijwillige zwangerschapsafbreking (VZA) te waarborgen, en ervoor te zorgen dat alle vrouwen in België, Europa en de wereld er vrij en veilig toegang tot hebben.

Het recht op VZA is een basisrecht van vrouwen, namelijk om te beschikken over hun lichaam, en is een kwestie van volksgezondheid. Nochtans zijn er overal ter wereld, in

Europa en zelfs in België groepen die de toegang ertoe willen belemmeren met als voorwendsel de zwaksten (het embryo, de foetus die nog moet geboren worden) te beschermen, door vrouwen de schuld te geven en de bevolking verkeerde informatie te geven. Het platform heeft dus tot doel deze anti keuzediscours systematisch te ontkrachten met wetenschappelijke argumenten en de expertise van vrouwen en veldwerkers.

Met het oog op de volgende verkiezingen van 26 mei 2019, vraagt het platform "Abortion Right" de opheffing van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking en de goedkeuring van een nieuwe wet met betrekking tot het medisch recht, in samenhang met de wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen en de wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt;

De afschaffing van de gevangenisstraffen en de strafrechtelijke sancties ten aanzien van vrouwen en artsen;

De verlenging van de wettelijke termijn tijdens dewelke een VZA kan worden uitgevoerd verlengen tot minstens 18 weken zwangerschap, met name om te vermijden dat vrouwen naar aangrenzende landen zoals Nederland moeten reizen. Elk jaar worden immers 500 à 800 vrouwen doorverwezen naar deze landen omdat ze de Belgische wettelijke termijn hebben overschreden;

In het kader van de verlenging van de wettelijke termijn, de oprichting, per gewest, van structuren die beschikken over aangepast materiaal voor een goede behandeling van VZA's na meer dan 12 weken zwangerschap. Voor de behandeling van deze VZA's zijn immers speciaal uitgeruste structuren nodig, naast multidisciplinaire teams, bestaande uit opgeleide professionals;

Het opheffen van de verplichting om informatie te verstrekken over de mogelijkheid om het kind dat geboren zal worden te laten adopteren;

Het opheffen van de verplichte bedenktijd van 6 dagen tussen de eerste geplande raadpleging en de dag van de VZA. In de praktijk blijft voor een kwalitatieve opvang echter wel een termijn nodig tussen de eerste medische raadpleging en de zwangerschapsafbreking, die tussen de patiënt en het medisch team overeengekomen dient te worden;

De verplichting voor een arts die omwille van zijn persoonlijke overtuigingen weigert een VZA uit te voeren om de patiënt bij het eerste contact door te verwijzen naar een arts of een structuur die VZA's uitvoert;

Het bestraffen door de overheid van alle zogenaamde institutionele gewetensclausules, toegepast op het volledige ziekenhuispersoneel of zelfs vastgelegd in de arbeidsovereenkomsten van de werknemers;

De garantie op een goede geografische bereikbaarheid van de centra en een kwalitatieve psychosociale begeleiding voor, tijdens en na de VZA, voor alle vrouwen die dit willen. Deze voorziening moet bij wet gewaarborgd worden en door de staat gefinancierd worden in alle structuren binnen of buiten ziekenhuizen;

Gratis VZA voor de meest kwetsbare of achtergestelde vrouwen;

Toegang tot kwalitatieve, duidelijke en betrouwbare informatie over VZA, om vrouwen te beschermen tegen culpabilisering en externe druk;

Regelmatige sensibiliseringscampagnes over VZA, vertaald in meerdere talen;

Het verstrekken van volledige, juiste en neutrale informatie over het recht op en de toegang tot VZA via overheidskanalen, met name via correcte verwijzingen op officiële sites en de terbeschikkingstelling van de gegevens van alle erkende structuren die VZA's uitvoeren.

België moet immers, naar het voorbeeld van Frankrijk, alle nodige maatregelen nemen om deze informatieverstrekking te garanderen;

Het bestraffen van het verspreiden van verkeerde informatie over VZA, ook op het internet en de sociale media, als een misdrijf van obstructie;

Het opwaarderen van het uitvoeren van VZA's bij studenten geneeskunde;

Het opnemen van abortustechnieken in het onderwijsprogramma van de faculteit Geneeskunde van alle Belgische universiteiten zodat de wet kan toegepast worden in het belang van alle vrouwen, waar ze zich ook bevinden op het nationaal grondgebied. Momenteel biedt met uitzondering van de ULB geen enkele faculteit Geneeskunde een opleiding in abortustechnieken aan.

De mogelijkheid voor vroedvrouwen om medicamenteuze VZA's uit te voeren;

De oprichting van een overheidsinstelling met wetenschappelijk karakter. Deze instelling zal enerzijds verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van alle gegevens met betrekking tot het uitvoeren van VZA's in België en het kruisen ervan met andere demografische of sociale gegevens en anderzijds voor het opstellen van aanbevelingen en wetenschappelijke analyses met betrekking tot het uitvoeren van VZA's. In deze instelling zouden deskundigen sociologie, epidemiologie en seksuele en reproductieve gezondheid, artsen, juristen en beoefenaars werken;

De daadwerkelijke veralgemening van RSV-opvoeding in alle schoolinrichtingen, zowel gewoon als buitengewoon onderwijs, en dit voor alle onderwijsnetten tijdens de volledige schoolloopbaan, te beginnen vanaf de kleuterklas.

De garantie en de bestending van het gratis verstrekken van de morning-afterpil in de centra voor gezinsplanning en de wijziging in die zin van de gecoördineerde wetten van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen."

B. ZIEKENHUIZEN EN KLINIEKEN

De hierna opgenomen gegevens zijn afkomstig van de verslagen die overgemaakt zijn door 28 op 30 ziekenhuizen in 2018 en 28 op 31 ziekenhuizen in 2019.

1. Aantal personen die in de voorlichtingsdienst werken en hun kwalificatie

Sommige ziekenhuizen, waar de voorlichtingsdienst niet aanwezig of beperkt is, verwijzen door naar de sociale dienst van het ziekenhuis of hebben samenwerkingsakkoorden gesloten met een of meerdere centra in dezelfde geografische zone.

Sommige ziekenhuizen voeren zwangerschapsafbrekingen uit op de dienst Sociale Gynaecologie, waar ook advies wordt gegeven over gezinsplanning en anticonceptie.

Andere ziekenhuizen organiseren een voorlichtingsdienst als dusdanig.

Deze dienst bestaat dan uit een variabel aantal

juristen,
psychologen,
maatschappelijk werk(st)ers,
huwelijksconsulenten,
artsen en gynaecologen,
het personeel belast als animatoren/ animatrices,
EVRAS- animatoren/ animatrices,
psychiaters,
sociaal verpleegkundigen,
gebrevetteerde of gegradueerde verpleegkundigen,
verpleegkundigen gespecialiseerd in de sociale gezondheidszorg;
vroedvrouwen,
kinderartsen,
gezinsbemiddelaars of -therapeuten
licentiaten gezinswetenschappen en seksualiteit of seksuologen,
licentiaten communicatie,
opvoeders,
bemiddelaars,
victimologen,
boekhoudkundig, administratief, coördinerend en financieel personeel.

Volgens de doorgegeven cijfers varieert het aantal personeelsleden tussen 2 en 50, maar het is mogelijk dat dit aantal het personeel uit andere diensten (sociale dienst, sociale gynaecologie) omvat dat tussenkomst bij het beheer van zwangerschapsafbrekingen maar niet als dusdanig deel uitmaakt van de voorlichtingsdienst.

Sommige ziekenhuizen voeren alleen zwangerschapsafbrekingen om medische redenen en goedgekeurd door het Ethisch Comité van het ziekenhuis uit (advies van een tweede arts). De voorlichtingsdienst wordt dan vervangen door een multidisciplinaire cel met daarin een gynaecoloog, een psycholoog, een maatschappelijk werk(st)er, een vroedvrouw en een pediater. De verzoeken die gelinkt zijn aan persoonlijke redenen, worden dan ook doorverwezen naar andere ziekenhuizen of centra voor planning.

2. Werking van de dienst

De bereikbaarheid van de diensten wisselt naargelang de openingsuren van de ziekenhuizen, gaande van 7.30 uur tot 18.00 uur. Er zijn vaste uren voorzien voor afspraken, maar soms worden psychosociale of telefonische spreekuren georganiseerd. Buiten de uren van bereikbaarheid en in geval van problemen is het mogelijk om zich tot het onthaal van gynaecologie of de dienst spoedgevallen te wenden.

De dienst Interculturele bemiddeling van het ziekenhuis staat ter beschikking om vrouwen van buitenlandse herkomst die geen van de landstalen spreken te helpen.

Het geïnformatiseerde patiëntendossier bevat de medische, psychologische en sociale anamnese alsook de administratieve gegevens.

Zwangerschapsafbrekingen na twaalf weken, om socio-economische of persoonlijke redenen, worden in het buitenland uitgevoerd, voornamelijk in Nederland.

3. Aantal consultaties van de dienst, naar aanleiding van een zwangerschapsafbreking

Dit aantal varieert tussen 4 en 925 (5 ziekenhuis hebben geen cijfers meegedeeld). Deze getallen liggen zo ver uiteen door de manier waarop de consultaties worden geregistreerd. Het tweede cijfer is zo hoog omdat er meerdere consultaties zijn geregistreerd, in geval van twijfel bij de vrouw of bij medische problemen.

4. Methodes van opvang en begeleiding vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking

Een opvangmedewerk(st)er – een maatschappelijk werk(st)er of een sociaal verpleegkundige – begeleidt de vrouw vóór, tijdens en na de zwangerschapsafbreking.

Als er geen voorlichtingsdienst als dusdanig is, komt de sociale dienst van het ziekenhuis tussen.

- **Methodes toegepast vóór de afbreking:**

Psychosociaal gesprek om het verzoek te helpen verduidelijken: er wordt dieper ingegaan op de sociaaleconomische en administratieve context, het relationele klimaat en de invloed van familiale, culturele en religieuze gebeurtenissen; de visie over seksualiteit binnen het gezin en het ouderlijk paar wordt besproken; eventuele crisissituaties worden geïdentificeerd (rouw, adolescentie, trauma's), en eventuele verslavingen en geweld worden geformuleerd. Ernstige noodgevallen kunnen aanleiding geven tot psychologische

gesprekken met het koppel en/of de familie.

Sommige ziekenhuizen werken met centra samen om te voorzien in de psychologische opvang van de verzoeken die een gespecialiseerde opvolging vereisen.

Voorstellen van alternatieven: voortzetten van de zwangerschap, afstaan van het kind ter adoptie of plaatsing in een opvanggezin.

Het verstrekken van informatie over huisvestingsondersteuning en -rechten, financiële, sociale en juridische bijstand waarop men aanspraak kan maken als men de zwangerschap voortzet.

De opvangmedewerk(st)er kan zo nodig bepaalde stappen zetten (regularisatie van sociale zekerheidsdossiers, contacten met het OCMW, op zoek gaan naar een opvangtehuis of bemiddeling met de ouders). In geval van een ernstig probleem kan de vrouw doorverwezen worden naar een gespecialiseerde interne of externe dienst.

Toelichten van de methodes voor zwangerschapsafbreking: wet, procedé, voorschriften en aanbevelingen, kostprijs.

Afhandelen van de formaliteiten in verband met de zwangerschapsafbreking (document van geïnformeerde toestemming, documenten die aan het ziekenfonds bezorgd moeten worden).

Medisch gesprek: overgaan tot de anamnese en een gynaecologisch en profylactisch onderzoek (echografie om de zwangerschap te dateren en bloedafname om de bloedgroep te controleren en om na te gaan of er geen infecties en contra- indicaties zijn). Gesprek met de anesthesist in geval van algemene verdoving.

Anticonceptie: analyse van het mislukken van of de weerstand tegen anticonceptie, en vermelden van toekomstige anticonceptie om een nieuwe ongewenste zwangerschap te voorkomen.

Overhandigen van brochures: het betreft informatiebrochures over de voortzetting van de zwangerschap, het emotionele en seksuele leven, contraceptie en noodcontraceptie (er zitten ook brochures bij van farmaceutische firma's).

Organisatie van een intervisie tussen de arts en de opvangmedewerkster; onthaal en multidisciplinaire opvolging.

Er worden meerdere gesprekken met de opvangmedewerkster en/of de arts gepland als het verzoek ambivalent blijkt te zijn of als er na het nemen van de beslissing nog altijd gevoelens van vrees zijn.

- **Methodes toegepast tijdens de afbreking:**

De methode: in het kader van medicamenteuze zwangerschapsafbreking vermijden de ziekenhuizen, omdat zij geen recht hebben op een “one-day” forfait, het liefst een ziekenhuisopname die geen recht geeft op enige tegemoetkoming: er wordt overdag één pil Mifepristone® toegediend op de dienst Sociale Gynaecologie en er is medisch toezicht voorzien (enkele uren) bij inname van Prostaglandine. Indien nodig is er 7 dagen op 7 en 24 uur op 24 opvang op de spoeddienst.

Chirurgische zwangerschapsafbrekingen vinden onder lokale of algemene anesthesie plaats (een algemene anesthesie is mogelijk in het operatiekwartier in het kader van een dagopname). Sommige ziekenhuizen voeren alle chirurgische zwangerschapsafbrekingen onder algemene anesthesie uit, andere laten de keuze van de verdoving aan de vrouw over, maar deze keuze hangt af van de zwangerschapsduur en de medische voorgeschiedenis van de vrouw.

De zwangerschapsafbreking: de arts voert de chirurgische zwangerschapsafbreking uit in het bijzijn van de verpleegster en van de anesthesist (indien de afbreking onder algemene verdoving plaatsvindt). In geval van medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt de gynaecoloog bijgestaan door een vroedvrouw of een verpleegster. In geval van een late medicamenteuze zwangerschapsafbreking wordt de gynaecoloog bijgestaan door een vroedvrouw en een anesthesist. Ook wordt er beslist over de toekomstige anticonceptie.

- **Methodes toegepast na de afbreking:**

Opvolging: na twee weken voert de arts een medische controle uit en gaat hij na of de anticonceptie correct wordt toegepast. De opvangmedewerk(st)er heeft een gesprek met de vrouw zodat deze laatste kan vertellen wat zij na de zwangerschapsafbreking ervaart. De vrouw kan ook gehoord worden door de psycholo(o)g(e) en eventueel doorverwezen worden naar een gespecialiseerde sociale of psychologische dienst.

5. Specifieke gevallen van opvang en begeleiding waarop dient gewezen te worden

- **Anticonceptie**

Een toenemend aantal vrouwen gebruikt geen anticonceptiemiddel, omdat ze niet regelmatig seks hebben, of omdat ze hun toevlucht nemen tot natuurlijke methodes (coïtus interruptus, periodieke onthouding, ...) of omdat ze niet goed op de hoogte zijn van seks en voortplanting of omdat er hen foute ideeën werden ingeprint. Vele vrouwen gebruiken onregelmatig een anticonceptiemiddel. Het belang van preventie en anticonceptie moet dan (opnieuw) worden uitgelegd, wat veel tijd in beslag neemt.

De vasectomie is slecht gekend en blijft bij mannen zeer beperkt; ook al hebben in 2019 sommige koppels ook aan deze mogelijkheid gedacht.

- **Specifieke situatie van de vrouw**

Meer en meer vrouwen die een VZA vragen, hebben in het verleden al eens een zwangerschap onderbroken. Soms zijn deze verzoeken het gevolg van druk van de partner (dreiging met breuk, ...). Meer en meer vrouwen komen eveneens naar de raadpleging met hun partner, wat soms een uiting is van een zekere dwang en toezicht, er moet dus aandacht geschonken worden aan eventueel door de vrouw gegeven tekens.

Meer en meer verzoeken tot VZA worden ingediend door migrantenvrouwen die geen van de landstalen spreken; de opvang van deze vrouwen blijkt vaak moeilijk en onbevredigend.

- **Bijzondere situatie van de partner**

Sommige verwekkers vinden hun plaats niet in het proces dat leidt tot de afbreking van de zwangerschap en ervaren dit als een onrecht.

- **Opmerking over het uitvoeren van zwangerschapsafbrekingen**

:

Sommige gynaecologen die zeer veel zwangerschapsafbrekingen uitvoeren, voelen een psychologische en emotionele verzadiging ten overstaan van het *herhaaldelijk uitvoeren van deze handeling, wat soms moeilijk om dragen is*".

6. Voorstellen ter verbetering van de preventie van ongewenste zwangerschappen

- **Opvang van de vrouwen**

Multidisciplinaire opvang en opvolging garanderen

- **Toegang tot en financiering van de anticonceptie**

Anticonceptiemiddelen, met inbegrip van langwerkende anticonceptiemiddelen, volledig terugbetalen, ongeacht de leeftijd maar minstens tot 35 jaar.

De rechtstreekse terugbetaling van het hormoonspiraal in de apotheken garanderen.

Condoomautomaten plaatsen op openbare plekken, in het bijzonder op plaatsen waar veel jongeren komen.

- **Zorgpersoneel**

Gynaecologen en huisartsen sensibiliseren voor het verstrekken van kwalitatieve informatie over anticonceptie aan hun patiënten en hun partners en daarbij de nadruk leggen op langwerkende anticonceptie.

- **Informereren**

Meer informatie over het seksueel leven, seksueel overdraagbare ziekten, anticonceptie, enz. verstrekken in scholen (in alle klassen).

Vrouwen en mannen sensibiliseren voor preventie en de risico's voortvloeiend uit niet-beschermd relaties, door de gebruikte informatiekkanalen (brochures, tv-spots, radio, internet, affiches) en de infosessies uit te breiden en zo een zo ruim mogelijk publiek te bereiken (niet enkel adolescenten).

Concreet uitleggen hoe elk anticonceptiemiddel gebruikt dient te worden en de aandacht vestigen op bepaalde thema's zoals het gebruik van de pil in combinatie met antibiotica.

- **Registratieformulier zwangerschapsafbreking**

Het aantal reeds uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen vermelden, evenals de na de zwangerschapsafbreking gebruikte anticonceptiemethode.

Een beter onderscheid maken tussen zwangerschapsafbrekingen om medische redenen (zelfs na 12 weken uitgevoerd) en zwangerschapsafbrekingen om persoonlijke redenen (wettelijke grens: 12 weken).

Het aantal kinderen waarvoor de vrouw zorgt vermelden, indien een kind ten laste is van de andere ouder, overleden of geplaatst is.

Toevoegen van de punten "Bij voortzetting van de zwangerschap komt financiële situatie in het gedrag", "Vrouw of echtgenoot werkloos", "Dakloos", "Ongezonde of te kleine woning" en "Aan het verhuizen".

4. BESLUITEN EN AANBEVELINGEN

A. BESLUITEN

Zoals in de vorige verslagen voor de jaren 2002-2003, 2004-2005, 2006-2007, 2008-2009, 2010-2011, 2012-2013, 2014-2015 en 2016-2017 werd opgemerkt, moeten de aan de Commissie gerapporteerde cijfers van de zwangerschapsafbrekingen voor de jaren 2018-2019 gecorrigeerd worden. Indien men van het totaal aantal in België uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen (1) het aantal van de in het buitenland gedomicilieerde vrouwen die in ons land een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren in mindering brengt (2) en men het aantal Belgische en Luxemburgse vrouwen die in Nederland een zwangerschapsafbreking laten uitvoeren (3), alsmede een aantal laattijdig ingediende aangiften die in de tabellen van deel 1 niet verwerkt konden worden (4), toevoegt, dan komt men tot de volgende cijfers:

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
(1)	14.791	15.595	16.024	16.696	17.640	18.033	18.595	18.870	19.095
(2)	-414	-349	-392	-295	-296	-314	-291	-252	-182
(3)	+1.224	+1.091	+984	+913	+857	+851	+830	+803	+681(*)
(4)	+115	+370	+316	+553	+0	+135	+172	+0	+93
	15.716	16.707	16.932	17.867	18.201	18.705	19.306	19.421	19.687

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
(1)	19.578	19.155	19.551	19.107	19.013	17.878	17.257	18.273	18.027
(2)	-123	-119	-128	-153	-141	-168	-124	-139	-116
(3)	+698	+611	+598	+574	+530	+527	+472	+444	+(**)
(4)	+146	+139	+54	+110	+110	+407	+365	+4	+0
	20.299	19.786	20.075	19.638	19.512	18.644	17.970	18.582	17.911

(*) dit aantal is sinds 2010 opvallend lager omdat er 2 abortusklinieken in 2010 in Nederland werden gesloten. (**) Dit cijfer is tot op heden nog niet beschikbaar

Een tweede tabel met grafiek (zie volgende pagina) toont het Belgisch abortuscijfer. Dit belangrijk cijfer toont ons het aantal abortussen per 1000 vruchtbare vrouwen in de Belgische populatie volgens de demografische statistieken. Absolute cijfergegevens, zoals gebruikt in dit verslag, zijn een vertrekpunt, maar zijn moeilijk correct te interpreteren.

Als men daarentegen het aantal zwangerschapsafbrekingen kent in verhouding tot de populatie van vruchtbare vrouwen in een land, krijgt dit abortuscijfer veel meer betekenis, des te meer dat dit cijfer internationaal gebruikt wordt om het aantal abortussen per 1000 vruchtbare vrouwen (van 15 tot 44 jaar) aan te tonen. Dit geeft de mogelijkheid om landen met elkaar te vergelijken, ook al hebben ze zeer uiteenlopende bevolkingsaantallen, toch kan men zo in een bepaald land de evolutie van het abortuscijfer volgen doorheen de tijd. Deze gegevens tonen aan dat het abortuscijfer in België vrijwel stabiel is, maar er de laatste jaren toch een dalende trend plaats heeft. Ter vergelijking wordt ook het abortuscijfer van Nederland (zeer constant) toegevoegd (**).

(***) dit cijfer staat steeds vermeld in punt 3.3 van de jaarrapportage **Wafz t** voor de Rijksoverheid van Nederland

Het abortuscijfer is het aantal abortussen per 1000 vrouwen van 15 tot 44 jaar.						
Het abortuscijfer relateert het aantal abortussen aan het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd.						
BEVOLKING (*)	Totaal aantal vrouwen van 15 tem 44 jaar	Totaal aantal vrouwen van 15 tem 44 jaar / 1000	Jaar van de geregistreerde zwangerschapsafbrekingen	Aantal geregistreerde zwangerschapsafbrekingen bij in België gedomicilieerde vrouwen (het gecorrigeerde cijfer)	Het abortuscijfer in België	Ter vergelijking: het abortuscijfer in Nederland (**)
op 01 januari 2003	2.096.541	2096,541	2002	15.716	7,5	8,7
op 01 januari 2004	2.092.589	2092,589	2003	16.707	8,0	8,5
op 01 januari 2005	2.087.883	2087,883	2004	16.932	8,1	8,7
op 01 januari 2006	2.090.534	2090,534	2005	17.867	8,5	8,6
op 01 januari 2007	2.092.576	2092,576	2006	18.201	8,7	8,6
op 01 januari 2008	2.097.682	2097,682	2007	18.705	8,9	8,6
op 01 januari 2009	2.100.772	2100,772	2008	19.306	9,2	8,7
op 01 januari 2010	2.099.576	2099,576	2009	19.421	9,2	8,8
op 01 januari 2011	2.107.163	2107,163	2010	19.687	9,3	8,7
op 01 januari 2012	2.110.759	2110,759	2011	20.299	9,6	8,7
op 01 januari 2013	2.112.587	2112,587	2012	19.786	9,4	8,5
op 01 januari 2014	2.110.416	2.110,416	2013	20.075	9,5	8,5
op 01 januari 2015	2.109.166	2.109,166	2014	19.638	9,3	8,5
op 01 januari 2016	2.109.777	2.109,777	2015	19.512	9,2	8,6
op 01 januari 2017	2.106.606	2.106,606	2016	18.644	8,9	8,5
op 01 januari 2018	2.105.997	2.105,997	2017	17.970	8,5	8,6
op 01 januari 2019	2.110.429	2.110,429	2018	18.582	8,8	8,8
op 01 januari 2020	2.120.167	2.120,167	2019	17.911(***)	8,4	

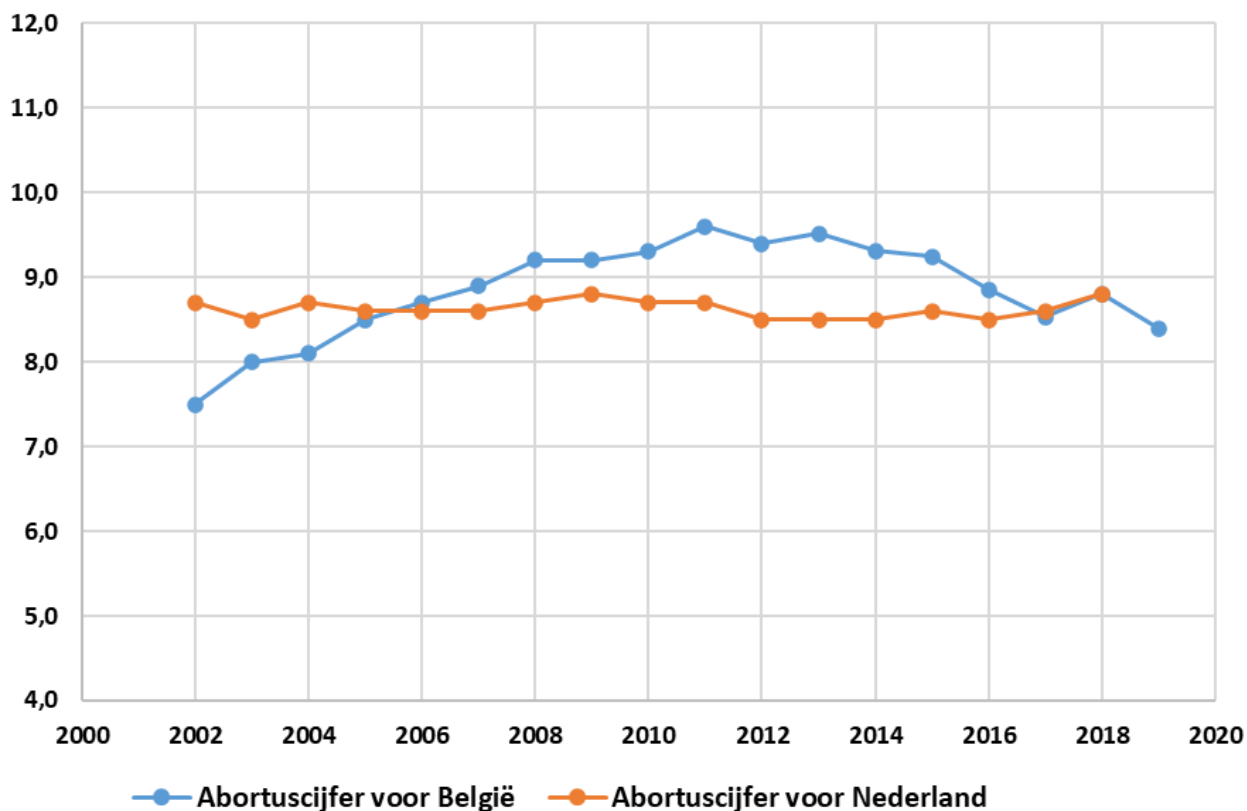
<https://bestat.statbel.fgov.be/bestat/crosstable.xhtml?view=5fee32f5-29b0-40df-9fb9-af43d1ac9032>

(*) Bevolking op 1 januari 2003 = de bevolking anno 2002. Daarom wordt voor de berekening van het abortuscijfer het aantal abortussen van het jaar 2002 gebruikt.

(**) Dit cijfer staat vermeld in punt 3,3 van de jaarrapportage Wafz voor de Rijksoverheid van Nederland. Dit cijfer is voor 2019 nog niet gekend.

(***) Dit cijfer is niet gecorrigeerd, daar het aantal Belgische vrouwen die een abortus lieten uitvoeren in Nederland tot op heden niet gekend is.

Abortuscijfer van België in vergelijking met Nederland (periode 2002-2019)



Nochtans werd de bevoegdheid om preventieve maatregelen te nemen “met het oog op het doen dalen van zwangerschapsafbrekingen” grotendeels toegewezen aan de gemeenschappen; vele van de hogervermelde suggesties zijn er trouwens de illustratie van.

De Commissie neemt derhalve de vrijheid om, zoals zij het heeft gedaan met de vorige verslagen, ook dit verslag over te maken aan de parlementen van de drie gemeenschappen, met name de Vlaamse Gemeenschap, de Duitstalige Gemeenschap en de Franse Gemeenschap (Federatie Wallonië-Brussel).

Naar aanleiding van de overdracht van bevoegdheden omtrent de gezondheid maakt ze voortaan dit verslag ook over aan het Waals parlement, het Parlement van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, alsook de Vlaamse, Franse en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissies van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

B. AANBEVELINGEN

In februari 2020 heeft de Nationale Evaluatiecommissie een memorandum gepubliceerd waarin zij de besluiten en de aanbevelingen, over een periode van 6 jaar, naar aanleiding van de tweejaarlijkse verslagen van 2014, 2016 en 2018⁷ heeft vermeld en overgemaakt aan de wetgever.

De meeste aanbevelingen zijn nog steeds van toepassing en worden daarom overgenomen in dit verslag.

De aanbevelingen aangaande de statistische analyse voorgesteld in dit verslag staan vermeld in een tekstvak.

MEMORANDUM AAN HET PARLEMENT

Aanbevelingen en besluiten

naar aanleiding van dit tweejaarlijks verslag 2018-2019

⁷ Deze 3 tweejaarlijkse verslagen zijn vrij te bekomen op de website van de FOD Volksgezondheid via deze link: <https://www.health.belgium.be/nl/gezondheid/zorg-voor-jezelf/levensbegin-en-einde/vrijwillige-zwangerschapsonderbreking#Document>

ALGEMENE INLEIDING

In dit document zijn de aanbevelingen opgenomen die de Nationale Evaluatiecommissie Zwangerschapsafbreking wil formuleren in het kader van haar derde (facultatieve) adviesbevoegdheid. Deze aanbevelingen zijn het resultaat van veel en diepgaande debatten.

Een thematiek als zwangerschapsafbreking genereert vele diverse meningen, maar de commissie is er in geslaagd haar debatten te voeren met respect voor de soms tegengestelde meningen en altijd met aandacht voor een wetenschappelijke en evidence-based aanpak.

Ondanks de meningsverschillen slaagden de leden van de commissie er altijd in om naar elkaar te luisteren en hun standpunten uit te wisselen, zonder de bedoeling te hebben elkaar te overtuigen. Dankzij de meervoudige ervaring van haar leden, stelt de commissie u graag een lijst voor met aanbevelingen, dit als resultaat van deze gecombineerde expertise.

Net zoals in de samenleving tekent er ook in de wereld van de experts, die met zwangerschapsafbreking professioneel geconfronteerd worden (als arts of vanuit de hulpverleningscentra) en de juristen, vanuit hun specifieke expertise, al snel een vrij eensgezinde consensus af.

Omdat we een volledig verslag wensten te brengen en omdat we de mening van iedereen willen respecteren, besloot de commissie om aan de aanbevelingen ook de mening van een minderheid toe te voegen. Dit minderheidsstandpunt, een visie die niet gedeeld wordt door de consensus van de andere leden, is afkomstig van één plaatsvervangend lid (zie pagina 126).

Het bevat ook bijgewerkte bibliografische verwijzingen.

Kortom, dit document geeft een vrij uitgebreid overzicht van alle aspecten waarvan u als wetgever op de hoogte dient te zijn.

Tenslotte wensen wij elk lid van de commissie oprecht te bedanken voor hun toewijding en inzet als expert. Ondanks de omstandigheden ingegeven door de huidige gezondheidscrisis en het verbod om fysiek bijeen te komen, bleven ze ijverig en betrokken verder werken tijdens de virtuele vergaderingen.

De Voorzitters

Mario Van Essche

Sylvie Lausberg

Verklarende woordenlijst

CGP	Centra voor gezinsplanning
LARC	Long Acting Reversible Contraception
CLB	Centra voor Leerlingenbegeleiding
IUD	koperen spiraaltje
IUS	hormoonspiraal
VZA	vrijwillige zwangerschapsafbreking
WGO	Wereldgezondheidsorganisatie
AMO	Service d'aide en milieu ouvert
DGH	Dringende geneeskundige hulpverlening
EVRA	Lokaal platform voor relationele, affectieve en seksuele opvoeding

VOORAFGAANDE OPMERKINGEN AANGAANDE DE CIJFERGEGEVENS

De gemiddelde leeftijd van vrouwen die abortus ondergaan is 28 jaar en blijft stabiel.

De meerderheid van de vrouwen die een abortus hadden, bevindt zich in de leeftijdsgroep 25-35 jaar: Volgens het tweejaarlijkse rapport 2018-2019 vertegenwoordigen de vrouwen tussen 20 en 35 jaar 69,62% en 69,36% van al de vrouwen die een zwangerschapsafbreking lieten uitvoeren tijdens die 2 jaren

Een van de meest hardnekkige mythes over abortus is dat het vooral tienermeisjes zijn die ongewild zwanger worden. De cijfers van de evaluatiecommissie ontkrachten deze mythe al sinds het begin van de registratie, toch blijft de mythe bestaan. Ook in dit rapport blijkt dat in 2018 slechts 8.75 % jonger was dan twintig én van die groep is 60% 18 of 19 jaar; in 2019 was dit 8.65% en van die groep was 62% 18 of 19 jaar. Met andere woorden, meer dan 91% is tussen de 20 en 45 jaar. Aanvullende informatie is te vinden in het rapport "Tienerzwangerschappen in België 2010 – 2017 " van FARA/SENSOA

<https://assets.fara.be/attachment/20113b50ba53ab847bed691614a9ecb7.pdf>

Het percentage vrouwen die aangeven geen anticonceptie gebruik te hebben tijdens de laatste maand roept sinds het begin van de registratie vragen en negatieve reacties op. De cijfers in dit rapport geven aan dat respectievelijk 45.19% en 46.68% van de vrouwen die een abortus hadden geen anticonceptie gebruikten in de laatste maand roept vele vragen op. Dit staat haaks op de algemene gegevens over het hoge anticonceptiegebruik in België.

Welke aspecten zijn belangrijk om het cijfer m.b.t. het niet gebruiken van anticonceptie correct te interpreteren?

- De populatie waar deze gegevens betrekking op hebben zijn vrouwen die ongepland/ongewild zwanger werden in België, een land met één van de laagste abortuscijfers ter wereld. Daarenboven is België een land dat in de *Contraception Atlas 2020* van de EU (<https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>) voor het eerst op de eerste plaats staat. Dit betekent dat overheidsbeleid met betrekking tot anticonceptie; de toegang tot, de betaalbaarheid en de informatie over anticonceptie zeer goed is.
- Het spreekt voor zich dat een ongeplande/ongewilde zwangerschap vaak verband houdt met het niet of niet correct gebruiken van anticonceptie. Het omgekeerde zou onrustwekkender zijn! Mocht 95% aangeven een anticonceptiemiddel of –methode te gebruiken dan zou dit betekenen dat deze middelen en methodes zeer onbetrouwbaar waren. Het is dus een normaal gegeven dat bij de groep die ongepland/ongewild zwanger werd er een veel grotere kans is, *dat er in de fase dat men zwanger werd*, geen anticonceptiemiddel of –methode werd gebruikt dan bij de groep die niet ongepland/ongewild zwanger werd.
- De vraag over anticonceptiegebruik op het registratieformulier heeft geen betrekking op de anticonceptiemiddelen of –methodes die een vrouw tot nu toe in haar leven gebruikt heeft, maar gaat net over de periode dat ze ongepland/ongewild zwanger werd. Dit betekent dat de correcte interpretatie van het cijfer dat gemiddeld 46% geen anticonceptie gebruikte is: *gegeven dat iemand omwille van een ongeplande/ongewilde zwangerschap een zwangerschapsafbreking vraagt, dan heb je een kans van 46% dat die persoon geen anticonceptie gebruikt heeft in de maand dat ze zwanger werd.*

AANBEVELINGEN

- ✓ Duidelijk stellen en strijden tegen het idee dat een groot aantal vrouwen die abortus laten uitvoeren pubers of tienermeisjes zijn; de meerderheid van de vrouwen die abortus plegen, bevindt zich in de leeftijdsgroep 25-35 jaar. Voor deze leeftijdsgroep is er een specifieke aanpak en bewustwording nodig.
- ✓ Plaats de cijfers over de VZA in perspectief met het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd.
- ✓ Strijden tegen de misvatting dat vrouwen die een VZA laten uitvoeren zichzelf niet beschermen; de meerderheid van de vrouwen die geen anticonceptie hebben gebruikt, beschermt zichzelf gewoonlijk wel. Maar de vraag is, waarom dan geen bescherming tijdens de maand van conceptie?

1. ANTICONCEPTIE: INFORMATIE EN TOEGANKELIJKHEID

In België zijn veel anticonceptiemiddelen beschikbaar. Het is van fundamenteel belang dat elke burger over de nodige informatie beschikt over deze verschillende middelen, met inbegrip van de kosten ervan en de meest geschikte keuze voor hem/haar. De keuze van anticonceptie kan variëren afhankelijk van iemands leeftijd, gezondheidstoestand of levensstijl.

De bij de bevolking bekendste voorbehoedsmiddelen zijn het condoom (voor vrouwen en mannen), de pil, het spiraaltje, de anticonceptiepleister, de vaginale ring, het anticonceptie-implantaat en de anticonceptie-injectie, periodieke onthouding (kalendermethode), Sensiplan, coïtus interruptus. Er zijn ook noodanticonceptiemiddelen, zoals de morning-afterpil en het noodspiraal.

De prijzen van anticonceptiemiddelen kunnen variëren van enkele euro's tot enkele honderden euro's. De meeste worden gedeeltelijk vergoed door de mutualiteiten, die kiezen voor een terugbetaling van ongeveer € 40-50/jaar.

Dankzij het federaal parlement en de stemming over de wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013⁸, worden vanaf 2019 anticonceptiemiddelen⁹ volledig terugbetaald tot de leeftijd van 25 jaar, met uitzondering van condooms en de Sensiplan-opleiding en wordt de morning-afterpil gratis, ongeacht de leeftijd van de vrouw. In beide gevallen is een medisch voorschrift vereist. Deze vooruitgang is opmerkelijk, maar niet voldoende, aangezien de gemiddelde leeftijd van vrouwen die hun toevlucht nemen tot abortus in 2017 28,5 jaar was¹⁰. De leeftijdsgroep 25-35 jaar moet daarom speciale aandacht krijgen met betrekking tot anticonceptie.

In de rangschikking 2019 van de "Contraception Atlas van de EU¹¹" staat België gerangschikt als het beste Europees land (samen met Frankrijk), met een score van 90,1 %, voor wat overheidsbeleid, informatie, toegankelijkheid en bijstand met betrekking tot de verschillende anticonceptiemiddelen betreft. Voor het overheidsbeleid specifiek gericht op de toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen en bijstand, wordt een score van 84,8 % behaald.

In de uitgave van de Contraception Atlas 2020, staat België momenteel op de eerste plaats met een score van 96,4%. Daarom moeten we ons niet enkel focussen op vrouwen die geen anticonceptie gebruiken en hun zwangerschap onderbreken, maar zeker ook verwijzen naar de uitstekende resultaten op het gebied van het gebruik van anticonceptie bij vrouwen in de vruchtbare leeftijd.

⁸ Wet tot wijziging van het koninklijk besluit van 16 september 2013 ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar, om de terugbetaling van contraceptiva en de morning-afterpil uit te breiden, goedgekeurd op 22 april 2019.

⁹ Artikel 1 van het koninklijk besluit van 16 september 2013, gewijzigd door de wet van 22 april 2019, somt de contraceptiva op met een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs.

¹⁰ Tweejaarlijks verslag van de evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking p 15 jaren 2016-2017

¹¹ <https://www.contraceptioninfo.eu/node/7>

Een enquête met betrekking tot anticonceptie, die in 2017 door de mutualiteit Solidaris, werd gepubliceerd¹², bevestigt deze zeer goede score, maar nuanceert echter wel de resultaten:

- Goede bekendheid van de pil, het koper spiraaltje en het mannencondoom; meer dan 80 % van de respondenten zegt een van deze middelen te kennen.
- Gemiddelde bekendheid met natuurlijke methodes, de vaginale ring, het vrouwencondoom, de anticonceptiepleister, het anticonceptie-implantaat en het pessarium (tussen 40 en 70 %).
- Lage bekendheid met de driemaandelijke injectie en het cervixkapje, gekend door minder dan 30 % van de respondenten.

In België blijft anticonceptie echter vooral de verantwoordelijkheid van de vrouw, zowel financieel als psychologisch. Ze vormt dus een echte mentale belasting voor de vrouw¹³.

Tegelijkertijd hebben de Socialistische Vooruitziende Vrouwen in een studie van 2013 reeds opgemerkt dat "*artsen een belangrijke rol spelen bij de keuzes die vrouwen maken op het vlak van anticonceptie*"¹⁴.

AANBEVELINGEN

- ✓ Informatie en keuzevrijheid met betrekking tot vrouwelijke en mannelijke anticonceptiemiddelen blijven promoten en alle obstakels waarmee vrouwen geconfronteerd zouden kunnen worden duurzaam en daadwerkelijk wegwerken.
- ✓ Ken de prevalentie van reproductieve dwang (contraceptieve sabotage, psychologische intimidaties / of fysieke geweldplegingen) om ongewenste zwangerschappen te voorkomen.

1.A) INFORMATIE EN TOEGANKELIJKHEID

Informatie over en toegang tot anticonceptiemiddelen en nood-anticonceptiemiddelen zijn essentieel om ervoor te zorgen dat deze niet alleen correct worden gebruikt, maar ook voor iedereen beschikbaar zijn, ongeacht de sociaaleconomische status en bijzondere levenssituaties van mensen.

¹² Solidaris, grande enquête – contraception 2017, beschikbaar op https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf, laatste raadpleging op¹³ Le planning familial, "C'est quoi au juste la charge sexuelle?", februari 2019, beschikbaar op: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>, laatste raadpleging op 13 januari 2020.

¹³ Le planning familial, "C'est quoi au juste la charge sexuelle?", februari 2019, beschikbaar op: <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>, laatste raadpleging op 13 januari 2020.

¹⁴ VVS, "Femmes et contraception: quel véritable choix", 2013, beschikbaar op <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>, laatste raadpleging op.....

1) ANTICONCEPTIE VOOR VROUWEN

Anticonceptiemiddelen zijn individuele keuzes die een vrouw maakt in overleg met de artsen en zorgverleners die haar het beste kunnen adviseren, zodat ze de beste anticonceptie voor haar kan kiezen.

De vrouw mag niet alleen verantwoordelijk zijn voor de anticonceptie. Ook al is het fysiologisch zo bepaald dat alleen de vrouw zwanger kan worden, toch draagt het biologisch standpunt van de man in gelijke mate bij aan de voortplanting.

Ook een voorschrift mag geen belemmering zijn voor anticonceptie, want sommige vrouwen krijgen te maken met ongewenste zwangerschappen omdat ze niet tijdig of zelfs geen medisch voorschrift konden verkrijgen.

AANBEVELINGEN:

- ✓ De toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen en de informatie over het gebruik ervan, de eventuele bijwerkingen en de risico's in geval van misbruik of stopzetting (bijvoorbeeld na een relatiebreuk, een gezondheidsprobleem, een ongeschikt anticonceptiemiddel) verbeteren.
- ✓ Alternatieven vinden voor het verplichte medisch voorschrift.
- ✓ Het organiseren van betere informatiecampagnes voor het grote publiek, om via informatieve spotjes en via zo veel mogelijk kanalen, het bestaan en het gebruik van de nood-anticonceptie, zoals de noodpil en het noodspiraaltje te bevorderen.
- ✓ De toegang tot anticonceptiemiddelen bevorderen door toegankelijke pillen en condooms te verstrekken, gratis condoomautomaten te plaatsen in scholen, de morning-afterpil te verstrekken in de centra voor gezinsplanning (hierna "CGP") en in scholen, via de Centra voor Leerlingenbegeleiding (hierna "CLB"), die samenwerken met de diensten voor gezondheids promotie.
- ✓ De toegang tot noodanticonceptie vergemakkelijken door paramedisch personeel en vroedvrouwen de toelating te geven deze te verstrekken zonder medisch voorschrift.
- ✓ Daar de meerderheid van de vrouwen die een VZA lieten uitvoeren zich situeren in de leeftijdsklasse van 25-35 jaar, is er voor hen een specifieke aanpak en sensibilisatie nodig, met in het bijzonder de totale tussenkomst van anticonceptiemiddelen te verhogen tot ten minste de leeftijd van 35 jaar

- ✓ *Vooroordelen* (tradities, familiale gewoontes, vrees, ...) met betrekking tot anticonceptie bestrijden met voorlichtingscampagnes voor het grote publiek.
- ✓ CLB-medewerkers bewust maken van hun proactieve en adviserende rol. Het gebeurt soms dat vrouwen zeggen geen kinderen te willen, maar toch niets doen om een zwangerschap te vermijden. Daarom moeten er zorgverleners op het terrein worden opgeleid om deze ambivalenties te identificeren en zo een dialoog te kunnen aangaan, deze vrouwen te kunnen geruststellen en hen zo goed mogelijk te kunnen informeren over hun zorgen, zodat ze de anticonceptiemethode kunnen vinden die het beste bij hen past.
- ✓ Het personeel in de zorg moet ook worden opgeleid om vrouwen, die in de wens om een kind te krijgen, geen voorbehoedsmiddel hebben gebruikt en die door een verandering in hun leefsituatie hebben besloten hun zwangerschap te beëindigen, te kunnen bijstaan.
- ✓ Eerstelijns werkers sensibiliseren voor hun proactieve en adviserende rol; zoals medewerkers van het OCMW, ONE - Kind en Gezin, CAW (Centrum Algemeen Welzijnswerk), CLB, ... waardoor het mogelijk wordt om een nog groter publiek te bereiken, want uit de cijfers van dit verslag 2018-2019 blijkt dat niet alleen jonge meisjes, maar vrouwen in alle leeftijdsgroepen en vooral de leeftijdsgroep 25-35 jaar, ondersteuning nodig hebben om ongewenste zwangerschap te voorkomen.
De problematiek hieromtrent kan betrekking hebben op het besef van vruchtbaarheid, anticonceptie, het uitstellen van een kindwens, analyse van de risico's van een ongeplande zwangerschap en gezinsplanning.
- ✓ Gegevens verzamelen over vrouwen die zwanger worden ondanks correct gebruik van een anticonceptiemiddel, aangezien deze informatie niet in de statistieken is opgenomen.
- ✓ Wetenschappelijke studies over vrouwelijke contraceptiva uitvoeren en het zorgpersoneel informeren over de verschillende evoluties van de anticonceptie.
- ✓ De partners mee betrekken bij anticonceptiekeuze en de toepassing ervan, zodat het koppel gezamenlijk deze keuze draagt en de verantwoordelijkheid niet alleen aan de vrouw toekomt.

2) LANGDURIGE ANTICONCEPTIEMIDDELEN VOOR VROUWEN

Omkeerbare langdurige anticonceptie ("hierna LARC") is een verzamelnaam voor langdurige anticonceptiemiddelen. Ze omvat niet-hormonale methoden, waaronder het koperen spiraaltje (hierna "IUD"), hormonale spiraaltjes (intra-uteriene systemen (hierna "IUS")), een anticonceptie-injectie op basis van progestageen en het implantaat op basis van progestageen.

Deze methoden spelen een belangrijke rol bij het voorkomen van ongewenste zwangerschappen. Het is immers bewezen dat het onmiddellijk inbrengen van een hormonaal of koper spiraaltje of een implantaat na een vrijwillige zwangerschapsafbreking (hierna "VZA" genoemd) leidt tot een vermindering van het aantal nieuwe ongewenste zwangerschappen¹⁵. Naast internationale studies tonen de door de Commissie geanalyseerde statistieken aan dat na een bewustmakingscampagne bij artsen en gynaecologen over het IUD bij jongeren in 2013, de VZA-cijfers in de leeftijdscategorieën 15-19 en 20-24 jaar met respectievelijk 22 % en 18 % zijn gedaald.

Een consensus, gedeeld door vooraanstaande Belgische gynaecologen en gepubliceerd in maart 2013 in GUNAÏKEIA (een tijdschrift bedeed aan alle gynaecologen in België), bevestigde dat intra-uteriene anticonceptie ook voor jongeren jonger dan 18 jaar veilig kan gebruikt worden. Dit heeft ertoe bijgedragen dat de gewoontes van artsen, die in het verleden intra-uteriene anticonceptie vaak voorbehielden voor vrouwen die al kinderen hadden gekregen, zijn veranderd.

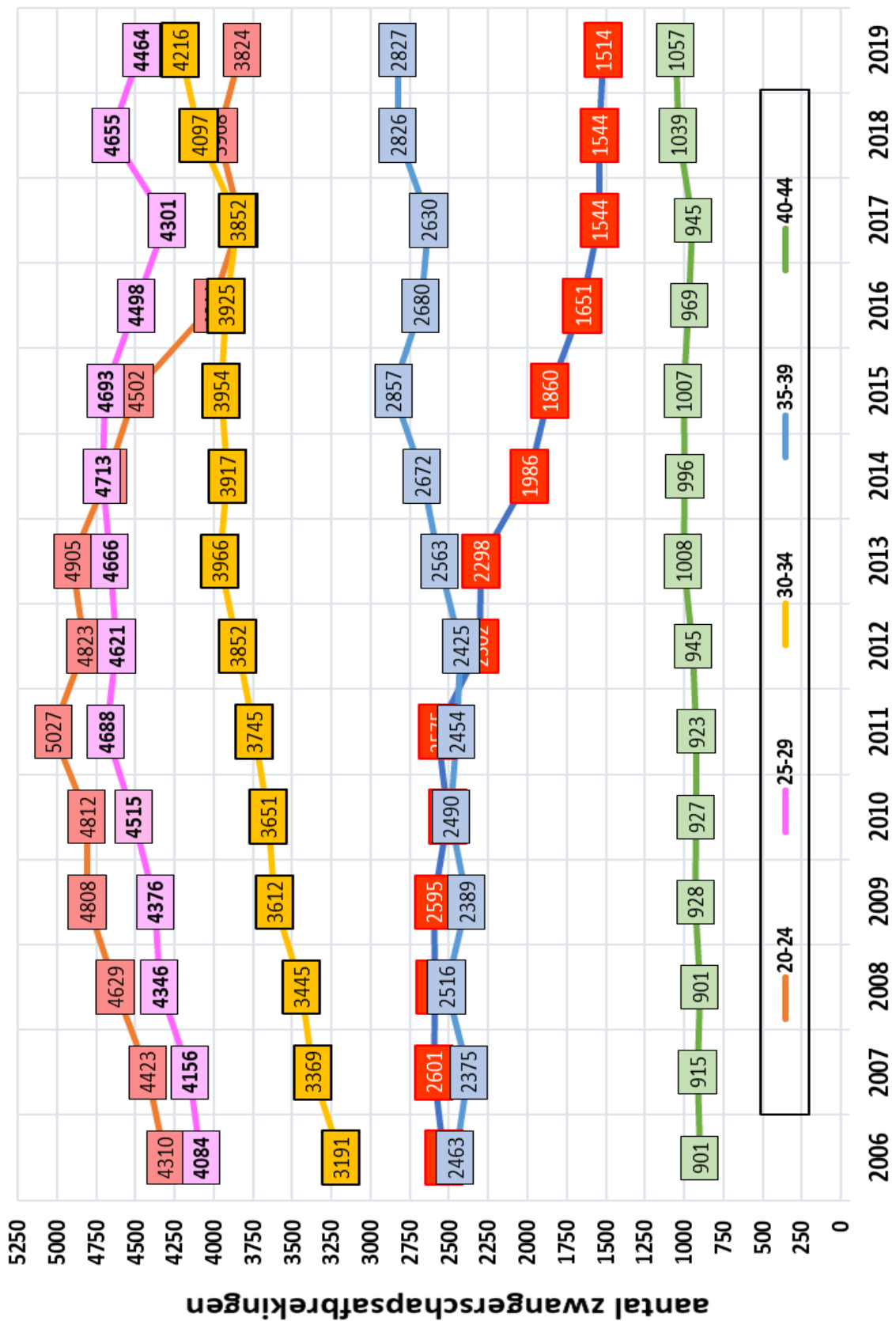
Gratis anticonceptie voor jongeren en deze consensus heeft veel jonge vrouwen in staat gesteld om te profiteren van de meest effectieve langdurige anticonceptie.

Waarschijnlijk heeft dit bijgedragen tot de afname van het aantal VZA bij jongeren van 15 tot 19 jaar en jongvolwassenen van 20 tot 24 jaar vanaf 2014 (intra-uteriene hulpmiddelen die 5 jaar lang werken).

Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie (2006-2019)														
leeftijdsgroep	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
15-19	2531	2601	2588	2595	2506	2575	2302	2298	1986	1860	1651	1544	1544	1514
20-24	4310	4423	4629	4808	4812	5027	4823	4905	4675	4502	4011	3836	3968	3824
25-29	4084	4156	4346	4376	4515	4688	4621	4666	4713	4693	4498	4301	4655	4464
30-34	3191	3369	3445	3612	3651	3745	3852	3966	3917	3954	3925	3852	4097	4216
35-39	2463	2375	2516	2389	2490	2454	2425	2563	2672	2857	2680	2630	2826	2827
40-44	901	915	901	928	927	923	945	1008	996	1007	969	945	1039	1057
	17480	17839	18425	18708	18901	19412	18968	19406	18959	18873	17734	17108	18129	17902

¹⁵ N. BIRGISSON, Q. ZHAO *et al.* "Preventing Unintended Pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project, in *Journal of women's health* (2002) vol. 24.5 (2015), pp. 349-353; S.ROSE *et al.* B. LAWTON, "Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion", *Am J Obstet Gynecol* (2012), vol 206(1); B.WINNER, J.F. PEIPERT *et al.*, "Effectiveness of Long-Acting reversible Contraception", in *The New England Journal of Medicine*, (366/21), 24 mei 2012, pp. 1998-2007

Zwangerschapsafbrekingen per leeftijdscategorie (2006-2019)



AANBEVELINGEN

- ✓ Zorgen voor bewustwording bij gezondheidswerkers over het gebruik van deze voorbehoedsmiddelen en informeer het publiek over hun bestaan, hoe ze werken en de voordelen die ze bieden.
- ✓ Bevorder hun toegankelijkheid voor alle vrouwen, ongeacht hun leeftijdscategorie en status.

3) ANTICONCEPTIE VOOR MANNEN

Zoals hierboven benadrukt wordt anticonceptie nog te vaak beschouwd als het exclusieve domein van de vrouw. Er is een mentaliteitsverandering nodig, en mannen moeten eveneens geresponsabiliseerd worden op het vlak van anticonceptie. Fysiologisch gezien kan alleen de vrouw zwanger worden, toch draagt de man biologisch gezien evenveel bij aan de voortplanting. Daarom zou de man als medebetrokkene zich evenzeer moeten inlaten met het gebruik, kennis en toepassingen van anticonceptie.

Er bestaan vandaag de dag twee betrouwbare anticonceptiemiddelen voor mannen. Het condoom en de vasectomie¹⁶.

AANBEVELINGEN:

- ✓ De toegankelijkheid van anticonceptiemiddelen voor mannen en de informatie over het gebruik ervan, de eventuele bijwerkingen en de risico's in geval van misbruik of stopzetting (bijvoorbeeld na een relatiebreuk, een gezondheidsprobleem, een ongeschikt anticonceptiemiddel) verbeteren en eveneens informatie verstrekken om de angsten die gepaard gaan met het gebruik ervan tegen te gaan.
- ✓ Mannen en vrouwen sensibiliseren voor anticonceptie voor mannen door middel van campagnes gericht op het grote publiek.
- ✓ Mannen en vrouwen sensibiliseren voor de verantwoordelijkheid van mannen in het voorkomen van een ongewenste zwangerschap.
- ✓ Wetenschappelijk onderzoek en het op de markt brengen van anticonceptie voor mannen stimuleren.
- ✓ Zorgen voor financiële toegankelijkheid van anticonceptie voor mannen.
- ✓ De nadruk blijven leggen op het gebruik van condooms als middel om ongewenste zwangerschappen te voorkomen en niet alleen een middel is om SOA's te voorkomen.

¹⁶ Voor meer informatie zie G.ROBIN, F.MARCELLI *et al.*, "Contraception masculine", *La presse Médicale*, Vol 43, nr. 2, 2014, pp. 205-211; R. MIEUSSET en J-C. SOUFIR *et al.*, "La contraction masculine", *Revue francophone des laboratoires*, Vol 43, nr. 451, april 2013, p. 17.

4) RELATIONELE, AFFECTIEVE EN SEKSUELE OPVOEDING

De Nationale Evaluatiecommissie voor vrijwillige zwangerschapsafbreking had in haar in 2012 gepubliceerd rapport al gewezen¹⁷ op het aanzienlijk aantal ongewenste zwangerschappen ten gevolge van het niet of slecht gebruiken van anticonceptie. Er moet dus stroomopwaarts worden gewerkt: er moet zo vroeg mogelijk informatie worden verstrekt aan meisjes en jongens die waarschijnlijk seksueel actief zullen zijn.

De deelstaten hebben onderwijsprogramma's voor relationele, affectieve en seksuele opvoeding, maar de effectieve veralgemening van deze activiteiten vertoont nog vele lacunes in de scholen van alle netten. Alle studies bevestigen nochtans dat herhaalde en regelmatige informatie tijdens de schooljaren essentieel is om ervoor te zorgen dat jongeren bewust worden gemaakt van emotionele relaties en verboden gedrag zoals partnergeweld, inclusief gedwongen zwangerschappen.¹⁸

Deze activiteiten op scholen of in jeugdbewegingen stimuleren jongeren om verschillende anticonceptiemiddelen en het gebruik ervan te leren kennen, om uiteindelijk de voor hun levensstijl meest geschikte methode te vinden.

Het lijkt geen twijfel dat bewustmaking door middel van deze activiteiten bijdraagt aan het verminderen van het aantal ongewenste zwangerschappen bij jongeren

AANBEVELINGEN

- ✓ De informatie aangaande anticonceptie, noodanticonceptie en VZA voor gezondheidswerkers, huwelijksconsulenten, animatoren van gespreksgroepen of educatieve teams verbeteren. Met dit doel websites zoals die van het Belgisch centrum voor farmacotherapeutische informatie (www.bcfi.be) promoten.
- ✓ Informatie over het relationele, affectieve en seksuele leven in de op scholen verstrekte verplichte lessen verbeteren en er voldoende middelen voor uittrekken.
- ✓ Vorming over het relationele, affectieve en seksuele leven ontwikkelen en dubbele preventie (condoom en anticonceptiemiddel) promoten, met als doelpubliek scholen, studenten- en feestmilieus, structuren voor jongvolwassenen met een fysieke en/of mentale handicap, gezondheidsbevorderingsplaatsen (wijkgezondheidscentra, ...) en discussieplaatsen (verenigingen, vrouwenhuizen, discussiegroepen, AMO, jeugdbewegingen...) en tegelijkertijd de bewustmakingsactiviteiten tijdens openbare evenementen verveelvoudigen, wat vereist dat er meer middelen voor worden vrijgemaakt.
- ✓ Zorg voor de kwaliteit van de programma's die worden aangeboden in het kader van training in het relationele, emotionele en seksuele leven. Dit impliceert inhoud die geschikt is voor het publiek, per leeftijdsgroep, met betrekking tot de technische presentatie van voorbehoedsmiddelen of de kwaliteit, veiligheid en duurzaamheid

¹⁷ <https://www.senate.be/www/?Mlval=/publications/viewPub.html&COLL=S&LEG=5&NR=1784&VOLGNR=1&LANG=fr>

¹⁸ Aanbevelingen van het EVRAS-platform voor relationele, affectieve en seksuele opvoeding op alle scholen, januari 2019, beschikbaar op https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf, laatste raadpleging op ¹⁹“Uitbreiding van de speciale tegemoetkoming door het RIZIV voor anticonceptiva” op de website: bcfi.be/nl/gows/3439

- ✓ van de relatie. Een garantie voor de kwaliteit van de programma's zou kunnen worden gegeven via "labeling van actoren en opleiders". De effectiviteit van deze programma's moet worden beoordeeld door academische studies.
- ✓ Zorg ervoor dat de verstrekte informatie niet vervaagt op volwassen leeftijd door toegang tot continue informatie (informatieve plekken, referentiesite, campagne, enz.)
- ✓ Voorlichtingscampagnes voor jongeren ontwikkelen over anticonceptie en VZA, verantwoord ouderschap, gewenste of ongewenste zwangerschappen, alsook getuigenissen van minderjarige moeders... Voor deze campagnes gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen zoals radio en televisie, maar ook van nieuwe media zoals sociale netwerken
- ✓ Referentiewebsites over het seksuele, relationele en emotionele leven (vb. www.zanzu.be) promoten, aangezien deze jongeren de tools aanreiken om hun kritische zin te ontwikkelen, bijvoorbeeld met betrekking tot series die tienerzwangerschappen bagatelliseren, en ook betrouwbare informatie over anticonceptie verstrekken.
- ✓ Ouders sensibiliseren die weigeren hun (jonge) dochters een anticonceptiemiddel te laten gebruiken, hoewel deze houding noch seksuele relaties en noch de daarmee gepaard gaande risico's (zwangerschap, overdracht van infecties) verhindert.

1.B) KOSTPRIJS EN TERUGBETALING VAN DE ANTICONCEPTIE, DE NOOD-ANTICONCEPTIE EN DE LANGDURIGE ANTICONCEPTIE

De beste anticonceptie is deze die vrij kan worden gekozen. Maar van zodra deze keuze het financiële aspect integreert in de selectiecriteria, kunnen sommige vrouwen niet meer vrij kiezen binnen het volledige gamma van anticonceptie. Financiële beperkingen kunnen aldus een rem worden op de seksuele en emotionele ontwikkeling van vrouwen.

Wel positief om te weten is, dat vrouwen met een verhoogde tegemoetkoming, ongeacht hun leeftijd, sinds 10 september 2020, dezelfde rechten hebben bekomen als de -25 jarigen en hierdoor ook 3 euro per maand ontvangen als speciale tegemoetkoming voor de meeste anticonceptiva. Bij de aankoop van de noodpil ontvangen alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd, een speciale tegemoetkoming van 9 euro per verpakking ¹⁹.

¹⁹“ Uitbreiding van de speciale tegemoetkoming door het RIZIV voor anticonceptiva” op de website: bcfi.be/nl/gows/3439

Maar zelfs als de overheid en de mutualiteiten tussenkomen, is voor vrouwen in België nog steeds een kost verbonden aan anticonceptiemiddelen, wat een grote drempel kan vormen voor vrouwen die over beperkte financiële middelen beschikken. We weten nochtans dat preventie, door het vergroten van de financiële toegankelijkheid van anticonceptie, het mogelijk maakt om het aantal VZA te verminderen en in een later stadium tegelijkertijd zorgt voor aanzienlijke besparingen.

Bovendien hebben een aantal vrouwen geen sociale zekerheid en moeten ze dus een hoge prijs betalen, die kan oplopen tot 150 euro.

De vrouw is vaak de enige die de financiële last van anticonceptie op zich moet nemen. Het vergemakkelijken van hun financiële toegang helpt daarom om een zeker evenwicht tussen mannen en vrouwen te herstellen.

De eerstelijns werkers zijn niet altijd goed geïnformeerd over de verschillende toepasbare terugbetalingsmodaliteiten en kunnen soms foutieve of onduidelijke informatie verschaffen.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Zorg voor een duidelijk systeem van terugbetaling of rechtstreekse betaling door de sociale zekerheid, zodat de patiënt geen kosten hoeft te maken (nultarief) ; breid het principe van gratis voorbehoedsmiddelen uit voor vrouwen tot 35 jaar. Ideaal zou zijn dat geen enkele vrouw geld moet voorschieten, ongeacht haar leeftijd en ongeacht de gekozen anticonceptiemethode, dit volgens het systeem van de derdebetalersregeling.
- ✓ Indien de derdebetalersregeling niet wordt toegepast, zou het RIZIV moet instaan voor de volledige terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen, evenals voor de aankoop en plaatsing van langdurige anticonceptiemiddelen, en niet de mutualiteiten, dit om prijsverschillen in dekking te voorkomen.
- ✓ Eerstelijns werkers moeten in staat zijn om duidelijke en nauwkeurige informatie aan het publiek te verstrekken; zij moeten passende en correcte (bij)opleiding(en) kunnen krijgen.
- ✓ De transparantie van de begroting bevorderen om te weten welk deel van het budget van de staat aan het RIZIV wordt toegekend, en hoe groot het deel daarvan is dat voor anticonceptie wordt gebruikt.

1.C) VOORSCHRIFT VOOR NOODANTICONCEPTIE

Sinds 10/09/2020 is er voor noodanticonceptie, zoals de noodpil, geen voorschrift meer nodig en bestaat er een speciale tegemoetkoming voor alle vrouwen, ongeacht hun leeftijd. Deze speciale tegemoetkoming bedraagt momenteel 9 euro per noodpil²⁰ (zie website van het BCFI)

AANBEVELINGEN:

- ✓ Paramedisch personeel en, in voorkomend geval, vroedvrouwen moeten een specifieke opleiding hebben genoten en moeten in staat zijn om noodanticonceptie te verstrekken.
- ✓ Een afwijking toestaan zodat professionals uit de paramedische en sociale sector, die een vorming inzake noodanticonceptie genoten hebben, deze kunnen verstrekken. Momenteel kan de noodpil enkel worden verstrekt door artsen en apothekers.

1.D) INFORMATIE OVER VZA

De wet betreffende VZA van 15 oktober 2018, die het recht op VZA vastlegt, heeft ook artikel 383 van het Strafwetboek, dat elke vorm van publiciteit voor VZA verbiedt, afgeschaft. Veel organisaties ²¹bevestigen dat het ontzeggen van informatie het leven en de gezondheid van vrouwen diepgaand beïnvloedt en de verwezenlijking van hun rechten en vrijheden belemmert.

Op dit moment is de verspreiding van valse, onvolledige en/of misleidende informatie geen garantie voor de bescherming en effectiviteit van het recht op VZA.

In navolging van het voorbeeld van Frankrijk²², dat in 2014 ook een recht op VZA heeft vastgelegd, is het daarom van essentieel belang om vrouwen een informatieve website over VZA te bieden om hun ongehinderde toegang tot dit recht te garanderen.

Het werk van de centra voor gezinsplanning en hun site loveattitude²³ zijn lovenswaardig; het is echter aan de regering en meer bepaald aan de FOD Volksgezondheid om de vrije keuze van vrouwen te garanderen en om hun basisrecht om over hun lichaam te beschikken en het recht op abortus te waarborgen via een officiële website.

Momenteel staat er op de website van de FOD Volksgezondheid informatie bestemd voor vrouwen opgenomen op de pagina "Gezondheid", onder het tabblad "Begin en einde van het leven", wat zeker ongepast is, daar geen enkele vrouw die geconfronteerd wordt met een ongewenste zwangerschap op zoek zal gaan naar informatie vermeld onder dit tabblad.

²⁰ <https://www.bcfi.be/nl/gows/3439>

²¹ <https://www.ippf.org/sites/default/files/2019-06/IPPF%20Annual%20Performance%20Review%202018.pdf> ; <https://reproductiverights.org/sites/default/files/documents/Breaking-Ground-2018.pdf>

²² Officiële website van de Franse regering: <https://ivg.gouv.fr/>

²³ <http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement/>²⁴ Tweejaarlijks verslag van de nationale commissie IVG 2016/2017

AANBEVELINGEN:

- ✓ Een officiële en regelmatig bijgewerkte website over het recht op abortus ter beschikking van vrouwen stellen. Deze eenvoudige, toegankelijke en objectieve site moet alle nuttige informatie verzamelen, om vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap te helpen een geïnformeerde keuze te maken (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van beschikbare plaatsen voor een gesprek of om een VZA uit te voeren, enz.)
- ✓ Wijzig de huidige structuur van de website van de FOD Volksgezondheid zodat informatie bestemd voor vrouwen duidelijk, volledig en gemakkelijk vindbaar is.
- ✓ Regelmatig voorlichtingscampagnes voor het grote publiek uitwerken over ongeplande of ongewenste zwangerschappen en VZA ; voor deze campagnes gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen zoals de pers, affiches in de openbare ruimte en het openbaar vervoer, maar ook via het internet en nieuwe media zoals sociale netwerken.
- ✓ Zorg ervoor dat eerstelijnsmedewerkers, inclusief behandelende artsen, worden geïnformeerd over de rol van de abortuscentra en FARA als structuren voor het omgaan met ongewenste zwangerschappen.

2.OPVANG IN HET ZIEKENHUIS

Sinds het begin van de statistieken is het percentage VZA dat in het ziekenhuis wordt uitgevoerd stabiel gebleven, namelijk tussen 15 % en 20 %; zo werd in 2017 15,72 % van de VZA in het ziekenhuis uitgevoerd²⁴.

Ziekenhuizen krijgen echter geen financiering voor de opvang van vrouwen die voor een VZA komen, ook al is die opvang wettelijk verplicht. Om dit gebrek aan middelen te compenseren, gebruiken sommige ziekenhuizen een code "interview met de sociale dienst" om een interventie

Bovendien is het gebruik van een institutionele gewetensclausule weliswaar niet toegestaan, maar in de praktijk voeren sommige ziekenhuizen geen zwangerschapsonderbrekingen uit, iets waarvan de vrouwen niet van tevoren op de hoogte worden gesteld. Volgens de bepalingen van de wet van 2018²⁵ is een arts, indien hij niet verplicht is een zwangerschapsafbreking uit te voeren, wettelijk verplicht om de vrouw hiervan bij het eerste contact op de hoogte te brengen en haar door te verwijzen naar een collega die de behandeling kan uitvoeren.

²⁴ Tweejaarlijks verslag van de nationale commissie IVG 2016/2017

²⁵ Hoofdstuk 2, artikel 2) 7° Geen arts, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking. De aangezochte arts is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis te stellen van zijn weigering. Hij vermeldt in dat geval de contactgegevens van een andere arts, van een centrum ([vervolg op pg.109](#))

Daarom wordt aanbevolen om een duidelijk kader te ontwikkelen dat zowel de ziekenhuisprofessionals als de vrouwen die zich tot hen richten zal helpen.

De eerstelijnsopvang en de opvang bij de betrokken dienst zijn de eerste stappen voor een vrouw die een VZA wil ondergaan; daarom moet het personeel speciaal worden opgeleid en moeten er voldoende financiële middelen worden verkregen.

Naast de wettelijke vereisten inzake informatie over alternatieven (ondersteuningsopties) en anticonceptie is het belangrijk om te luisteren en om rekening te houden met de specifieke situatie van het betrokken paar of de betrokken vrouw, zonder enige druk en met respect voor hun beslissingsautonomie.

Bovendien stellen discretie en respect voor het privéleven specifieke problemen voor ziekenhuisstructuren: bij aankomst worden de contactgegevens van de behandelende arts opgevraagd en wordt hem/haar een medisch verslag doorgestuurd, zonder dat de vrouw daarvan op de hoogte is (ook voor minderjarigen).

Dit probleem inzake respect voor het privéleven stelt zich niet in de centra: het medisch verslag wordt overhandigd aan de vrouw, die zelf beslist om het aan haar behandelende arts te geven (of aan de spoedgevallendienst, indien nodig).

Tot slot worden in ziekenhuizen regelmatig "ongepaste" opmerkingen of houdingen van gezondheidswerkers of personeel waargenomen tegenover vrouwen die een VZA willen, ongeacht het ziekenhuis of zijn net, en dit op verschillende zorgniveaus: onthaal in het ziekenhuis of op de afdeling gynaecologie, callcenter, hospitalisatie....

Het kan gaan om opmerkingen die een schuldgevoel aanpraten - "Je zit in een relatie, waarom behoud je de zwangerschap niet?", "Waarom gebruikte je geen anticonceptie?" "Weet je zeker dat je deze zwangerschap wilt afbreken?" ... - of gedrag tijdens de behandeling dat blijkt geeft van een gebrek aan empathie en begrip.

In ziekenhuizen worden de meeste VZA uitgevoerd in dagklinieken, onder algemene verdoving, een alternatief voor de lokale anesthesie die gebruikt wordt in CGP buiten de ziekenhuizen; de patiënten worden dus verzorgd door personeel dat niet specifiek deel uitmaakt van de afdeling gynaecologie of gezinsplanning van het ziekenhuis. Dit is bijvoorbeeld het geval voor secretaresses en verpleegkundigen in dagklinieken of operatiekamers en de anesthesisten.

voor zwangerschapsafbreking of van een ziekenhuisdienst waar ze terecht kan met een nieuw verzoek tot zwangerschapsafbreking. De arts die de vrijwillige afbreking weigert uit te voeren, stuurt het medisch dossier door naar de nieuwe arts die de vrouw raadpleegt.

²⁶ <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

AANBEVELINGEN:

- ✓ Zorgen voor een specifieke nomenclatuurcode voor VZA. Momenteel bestaat er geen specifieke nomenclatuurcode voor VZA in ziekenhuizen. Om deze situatie te compenseren, worden de codes "curetage" voor chirurgische VZA en "consultatie en echografie" voor medicinale VZA gebruikt om financiering te verkrijgen van het RIZIV, terwijl voor medicinale VZA bijna een halve dag controle door het medisch en paramedisch team noodzakelijk is.
- ✓ De opleiding tot gynaecoloog ondersteunen en opwaarderen aangezien alleen gynaecologen na 14 weken amenorroe een VZA mogen uitvoeren vanwege de technische aard van de ingreep.
- ✓ Aandringen op het aanwerven van huisartsen in ziekenhuizen om de gynaecologische teams te helpen.

Deze hulpverleners hebben in het algemeen tijdens hun gewone activiteiten niet te maken met VZA, hebben geen informatie over de voorgeschiedenis van de patiënt en zijn soms bevooroordeeld. Er moet rekening worden gehouden met het feit dat VZA voor sommige zorgverleners een strafbaar feit blijft, dat zich op de rand van de legaliteit bevindt. De hierboven beschreven gedragingen hebben soms - al dan niet bewust - tot doel patiënten een soort "straf" op te leggen, met de achterliggende gedachte dat ze "de volgende keer beter zullen opletten" en "het in de toekomst niet meer zullen doen". Het kan andere, minder direct herkenbare vormen aannemen, zoals een professionele houding met weinig empathie, geen verbale communicatie, geen glimlach of ondersteunende blikken, onvoldoende aandacht voor de vereiste discretie, enz.

De ervaring heeft geleerd dat vrouwen die een VZA vragen in een ziekenhuisomgeving geconfronteerd kunnen worden met een gebrekkige en respectloze behandeling. Deze situatie dient verbeterd te worden, aangezien VZA een recht is dat door de wet van 15 oktober 2018 wordt erkend.

2.A) EERSTELIJNSOPVANG

Eerstelijnsopvang is een zeer belangrijke stap in de toegang tot zorgverlening. Daarnaast is een specifieke opleiding voor het personeel van de telefooncentrale en het algemeen onthaal van het ziekenhuis noodzakelijk, zodat zij kennis kunnen nemen van het verzoek en de vrouw zonder stigmatisering naar de juiste dienst kunnen doorverwijzen. De verspreiding van informatie moet ook een prioriteit zijn, die het onthaal zal vergemakkelijken.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Telefonisch onthaal alleen is onvoldoende, maar een speciaal nummer voor ongewenste zwangerschappen is mogelijk. Dit kan in de vorm van een specifiek telefoonnummer dat op de website wordt vermeld, zodat het niet nodig is eerst naar de algemene telefooncentrale te bellen.
- ✓ Zorgen voor een specifiek raadplegingsmoment voor VZA.
- ✓ Het personeel van het eerstelijnsonthaal opleiden om op gepaste wijze met deze vrouwen om te kunnen gaan.
- ✓ Een gynaecologische raadpleging organiseren die openstaat voor noodgevallen. Dit is een nuttige manier om vrouwen direct te zien, maar er moet rekening worden gehouden met het risico dat de spoedgevallendienst overbevraagd wordt en het feit dat de arts van wacht niet openstaat voor verzoeken om VZA.
- ✓ Via verschillende kanalen informatie verstrekken over de aanpak van VZA in het ziekenhuis. Sinds de afschaffing van artikel 383 van het Strafwetboek (wet van 15 oktober 2018) is publiciteit en het verspreiden van informatie over abortus legaal. Hoe meer informatie beschikbaar is via verschillende kanalen, hoe beter vrouwen in staat zullen zijn om weloverwogen keuzes te maken. De website en de informatieborden van het ziekenhuis moeten een sectie "ongewenste zwangerschap" bevatten. In deze sectie wordt de procedure voor het afbreken van een zwangerschap geschetst en wordt aangegeven met wie men contact moet opnemen om een afspraak te maken. Als het ziekenhuis VZA uitvoert, moet dit ook worden aangegeven in de gedrukte brochures.
- ✓ Naast de websites van ziekenhuizen vermelden bepaalde websites, in het bijzonder die van de federale overheidsdiensten, geen of onvoldoende informatie over VZA (RIZIV, VVOG - Vlaamse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, FOD Volksgezondheid, verenigingen van behandelende artsen, enz.) Deze sites moeten informatie verstrekken over de wet, de toegangsvoorwaarden, de praktijken en de ziekenhuizen en instellingen die VZA uitvoeren, via de centrafederaties.

2.B) ONTHAAL OP DE DIENST

Om van hoge kwaliteit te zijn, moet het onthaalpersoneel op de dienst een specifieke opleiding krijgen; dit personeel moet een opleiding krijgen inzake VZA, inzake het luisteren naar vrouwen en inzake begeleiding. Het onthaalpersoneel van het ziekenhuis moet de vrouwen kunnen vertellen of er in het ziekenhuis VZA worden uitgevoerd en indien dit niet het geval is, moet het hen doorverwijzen naar een andere instelling die dit wel doet.

AANBEVELINGEN:

- ✓ De ruimte zo inrichten dat er een zekere vertrouwelijkheid gegarandeerd wordt wanneer de vrouw naar het onthaal gaat om het doel van haar bezoek uit te leggen.
- ✓ Een zichtbare bewegwijzering, die leidt naar de juiste afdeling, aanbrengen in ziekenhuizen.
- ✓ Voorzien in financiering van minstens het salaris van één psycholoog/maatschappelijk werker voor het voeren van de gesprekken voor de VZA. Deze gesprekken zijn immers wettelijk verplicht.
- ✓ Zorgen voor een specifieke ruimte voor VZA: afgezien van de plaats van de operatie zelf zouden vrouwen zich niet in een verloskamer of naast een vrouw die een miskraam heeft gehad bevinden.

2.C) AANPAK VAN DE VZA

Naast de artsen moeten ook de medewerkers die ermee instemmen om bij VZA betrokken te zijn, een specifieke opleiding krijgen in het luisteren naar en het opvangen en informeren van vrouwen.

Vrouwen moeten hun zwangerschap kunnen afbreken in gemakkelijk toegankelijke en vrij te kiezen voorzieningen, zonder dat de af te leggen afstanden of wachttijden te lang zijn.

Het recht om haar zwangerschap te beëindigen moet gegarandeerd zijn, ook in tijden van grote crisissen zoals een gezondheids crisis.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Definieer een VZA onder alle omstandigheden als een noodzakelijke medische handeling, ook in geval van een gezondheidscrisis.
- ✓ Stimuleer de ontwikkeling van consultaties met betrekking tot de abortuspraktijk in gebieden waar de toegang moeilijker is of in instellingen die deze praktijk onvoldoende aanbieden, dit om aan de lokale eisen te voldoen.
- ✓ Zorgen voor vrouwvriendelijke zorg door opleiding in het vrijwillig uitvoeren van VZA.
- ✓ De arts ervan op de hoogte brengen dat hij de vrouw systematisch toestemming moet vragen om een medisch verslag naar de behandelende arts te sturen. In het document voor de registratie van een zwangerschapsonderbreking (versie 2020) is daartoe een punt opgenomen met betrekking tot de voorafgaande vraag tot de toelating van de vrouw om het medisch verslag door te sturen.
- ✓ De oprichting van een "VZA-cel" met gemotiveerde medewerkers voorstellen. We stellen twee mogelijkheden voor:
 - Hetzij om binnen een ziekenhuis een dienst VZA op te richten met een multidisciplinair team (psychologen, vroedvrouwen, verpleegkundigen, gynaecologen of huisartsen, maatschappelijk werkers, juristen, ...).
 - Ofwel de lokalen die gewoonlijk gebruikt worden voor gynaecologische consultaties op vast tijdstippen vrijmaken voor VZA (idealerweise twee keer per week).

2.D) GESPREK VÓÓR EEN VZA

De Nationale Evaluatiecommissie heeft ook een suggestie om een duidelijk kader te creëren aangaande de inhoud/vorm van een dergelijk gesprek:

Naast de wettelijke vereisten van het informeren over alternatieven (ondersteuningsmogelijkheden) en anticonceptie, is het belangrijk om actief counseling met betrekking tot de keuze aan te bieden, wat verder gaat dan louter informeren.

Het gaat over ruimte maken voor het belevingsperspectief van de betrokken vrouw of koppel, voor haar/hun twijfels en aarzelingen, inschatting van de impact van elk van de keuze-opties die voor de betrokkenen voorligt, helpen afwegen wat doorweegt in hun specifieke situatie, ... zonder te sturen. Dat proces van besluitvorming begeleiden – zo kort als mogelijk, zo lang als nodig – werkt emancipatorisch en geeft vertrouwen voor de toekomst, ongeacht de uiteindelijke keuze. Zeker bij de meest kwetsbaren die worstelen met de keuze, het psychisch moeilijk hebben of onder druk staan van hun omgeving is zulke beslissingsbegeleiding waardevol.

Maar ook voor minder kwetsbaren - die de keuze als moeilijk ervaren - vraagt deze levenssituatie veelal verheldering. Ook in het kader van prenatale screening en diagnose valt risico-inschatting in de context van een erg gewenste zwangerschap heel erg moeilijk voor ouders. Vanuit deze zorg onderbouwen we onze vraag naar voldoende geschoold personeel.

Sommige vrouwen, of koppels, hebben psychische problemen waardoor ze de situatie niet meer zo rustig of sereen kunnen inschatten.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Het personeel dat vrouwen of koppels verwelkomt, moet bijzonder goed opgeleid zijn om mensen zo goed mogelijk te kunnen ondersteunen door hen de hulp en informatie te geven die ze nodig hebben.
- ✓ Stimuleer onderzoek naar pre-abortusinterviews.
- ✓ Steunen van maatregelen die er voor zorgen het evenwicht tussen werk en privéleven te optimaliseren met het oog de psychologische gezondheid van individuen te verbeteren.

2.E) GESPREK NA EEN VZA

In alle ziekenhuisstructuren en centra buiten de ziekenhuizen wordt vrouwen voorgesteld om terug te keren voor een medische controle en een gesprek na de VZA.

Dit gesprek is niet verplicht, maar wordt sterk aangeraden, want zo'n gesprek kan voor sommige vrouwen belangrijk zijn, vooral op psychologisch vlak. Het is dus belangrijk om hiermee rekening te houden.

Wetenschappelijk onderzoek leert ons dat hoewel de overgrote meerderheid van vrouwen achter haar keuze blijft staan, een klein aantal van hen psychische moeilijkheden ondervindt nadien ; doch ook voor hen dient hulp bij verwerking te worden voorzien, externe verwijzing inclusief. Sommige vrouwen of koppels, die abortus ambivalent ervaren, zoeken soms ook naar de redenen voor hun gemaakte keuze.

Dit gesprek maakt het ook mogelijk na te gaan of het door de vrouw gekozen anticonceptiemiddel op de juiste manier wordt ingenomen en om, indien nodig, de gebruikte methode aan te passen om de effectiviteit ervan te waarborgen.

Door de verzamelde informatie tijdens dit gesprek wordt het mogelijk gemaakt om het zorgtraject vóór en na (pré en post) de zwangerschapsafbreking te verbeteren.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Onderzoek naar de gesprekken voor en na de VZA aanmoedigen.
- ✓ Rekening houden met het belang van dit onderhoud en stel hiervoor de nodige middelen ter beschikking.

2.F) VERTROUWELIJKHEID

1/ privacy voor jongeren:

De evaluatiecommissie onderschrijft de aanbeveling van Sensoa, namelijk dat jongeren hoe dan ook het recht moeten hebben op een derde betalingsregeling als ze bij een huisarts of gynaecoloog gaan voor anticonceptie of voor het vaststellen van een ongeplande zwangerschap.

De terugbetaling van een doktersbezoek is raadpleegbaar in het terugbetalingsoverzicht van de ouders. Jongeren moeten dus kiezen tussen discreet de volle pot te betalen of hopen dat de ouders het terugbetalingsoverzicht niet nakijken. Er zijn ook labokosten bij het uitvoeren van labotests (SOA opsporing) met brieven die worden opgestuurd naar huis voor het betalen van het remgeld.

Voor sommige jongeren is dit een drempel om zich te laten testen.

2/ privacy en gedeeld medisch beroepsgeheim

Patiënten en zorgprofessionals zijn dikwijls niet op de hoogte van de rechten op vlak van privacy. Laboresultaten en medische verslagen komen terecht in een gedeeld gezondheidsdossier als de patiënt daar toelating voor heeft gegeven (soms jaren geleden). Soms is de huisarts een familielid waardoor een ongewenste zwangerschap en een abortus onbedoeld aan het licht komt. Er bestaat een “recht om specifieke informatie te verbergen” zodat een bepaald document of verslag ontoegankelijk wordt gemaakt (Voorbeeld: **Abrumet** is het platform voor gegevensuitwisseling tussen de gezondheidsactoren in het Brussels Gewest).

Dit platform zorgt ervoor dat de gezondheidsgegevens die door zorgprofessionals worden gepubliceerd, via het netwerk kunnen worden gedeeld met andere eerstelijnszorgverleners van de patiënt ; Abrumet biedt ook de mogelijkheid om een bepaald document of verslag ontoegankelijk te maken. Patiënten en zorgverleners zijn hiervan dikwijls niet op de hoogte, noch hoe dat dan concreet moet.

Dezelfde opmerking geldt voor het voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen (noodanticonceptie, voorbehoedsmiddelen...). Deze informatie wordt tussen apothekers uitgewisseld via het “Gedeeld Farmaceutisch dossier” (GFD). Patiënten hebben het recht om te weigeren dat sommige gegevens gedeeld worden, maar weten dikwijls niet welke procedure zij moeten volgen. Er wordt ons ook verteld dat sommige vrouwen niet willen dat de apotheker hun identiteitskaart leest en dus afzien van de door de regering geplande tussenkomst in hun noodanticonceptie.

3/ Labo's sturen bij een bloedafname de **vorige resultaten** van de patiënte door naar de aanvrager . Op die manier kunnen ook resultaten van een vroegere zwangerschapstest (aangevraagd door een andere arts) bekend geraken, terwijl dat niet de bedoeling was. Men zou bij het afnemen van bv. een zwangerschapstest op bloed moeten kunnen aankruisen dat deze enkel naar **deze** aanvrager mag gestuurd worden en geheim moet bewaard worden in de computer van het labo.

AANBEVELING:

- ✓ De Nationale Evaluatiecommissie raadt de overheid aan om meer aandacht te besteden aan het recht op privacy en hierover duidelijker te communiceren naar gezondheidsactoren en burgers.

3. OPLEIDING VAN ARTSEN EN PARAMEDISCH PERSONEEL BUITEN HET ZIEKENHUIS

De opleiding van artsen en medisch personeel is essentieel om de toegang tot en het uitvoeren van VZA te garanderen onder psycho-medisch-sociale omstandigheden die de rechten van de vrouw respecteren.

In 2017 werd 84,28 % van de door de evaluatiecommissie vastgestelde VZA uitgevoerd in centra buiten het ziekenhuis. Het merendeel van de artsen in deze centra zijn huisartsen. Huisartsen die een VZA uitvoeren, stuiten op een specifiek obstakel, zoals de regelgeving die een onderscheid maakt tussen "klassieke" raadplegingen en raadplegingen in andere structuren (bv. ONE, hulp aan drugsverslaafden, CLB). Artsen moeten immers een aantal "klassieke" consultaties verantwoorden om door middel van accreditatie een sociaal voordeel te genieten.

Het tekort aan artsen die VZA uitvoeren wordt al jaren aan de kaak gesteld. Slechts één universiteit (ULB) biedt, op vrijwillige basis, specifieke opleidingen aan voor afgestudeerden in de huisartsgeneeskunde die ervaring willen opdoen met VZA in centra buiten de ziekenhuizen.

Verschillende universiteiten (ULB, ULiège, VUB) organiseren een specifieke verplichte opleiding inzake VZA voor huisartsen die zich specialiseren in de gynaecologie-verloskunde. (De Universiteit Gent heeft een samenwerkingsakkoord met het LUNA abortuscentrum in Gent en laten er hun assistenten, in het kader van hun opleiding gynaecologie-verloskunde, stage lopen en meewerken.

De bestaande opleidingen aan deze universiteiten zijn niet voldoende om de opvolging te garanderen van de vergrijzende beroepsbeoefenaars, die reeds met te weinig waren.

De centra en hun verenigingen bieden zelf opleidingen aan voor het paramedisch personeel dat vrouwen die een VZA willen begeleidt.

AANBEVELINGEN:

- ✓ In het onderwijscurriculum van universiteiten en hogescholen opleidingen over seksuele en reproductieve gezondheid en bewustwording met betrekking tot VZA opnemen. De zorg voor een vrouw met een ongewenste zwangerschap zou moeten deel uitmaken van de basisopleiding van elke arts en nadien meer in het bijzonder van de gynaecologen en van de huisartsen
- ✓ Een VZA-opleiding organiseren in de verschillende geneeskundefaciliteiten, evenals paramedisch personeel (vroedvrouwen, verpleegkundigen, ..) en psychosociaal personeel (sociaal assistenten, psychologen, enz.) op middelbare scholen opleiden.
- ✓ De eigenheid van huisartsen die VZA uitvoeren in centra buiten ziekenhuizen erkennen.

4. REGISTRATIE VAN ZWANGERSCHAPSAFBREKING OM MEDISCHE REDENEN

Het aantal zwangerschappen dat na 12 weken wordt beëindigd in de verschillende rapporten van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking ter attentie van het parlement staat vermeld in hoofdstuk 1.5.7 en in bijlage 2 van de rapporten voor de jaren 2012 - 2013, 2014 - 2015 en 2016 - 2017.

Hierin kan men lezen dat er in 2012 79 gevallen waren van onderbreking omwille van gevaar voor het kind, 103 in 2013, 94 in 2014, 35 in 2015, 93 in 2016 en 107 in 2017 (tabel).

We hebben deze cijfers geanalyseerd door ze te vergelijken met die van het EUROCAT-register, een register dat alle aangeboren misvormingen bij kinderen tijdens de foetale fase, bij geboorte en tot de leeftijd van 1 jaar verzamelt.

Het doel van dit Europese register is om waakzaam te zijn en een waarschuwing te geven als er een piek van misvormingen optreedt bij foetussen en pasgeborenen. Inderdaad, na de dramatische van thalidomide-gerelateerde misvormingen (Softenon), werd besloten om snel te reageren als een omgevingsoorzaak misvormingen veroorzaakte bij het toekomstige kind.

Het centraal register bestaat uit regionale registers waar, met medewerking van de kraamklinieken, alle aangeboren afwijkingen worden geregistreerd. Er zijn twee registers in België, een voor Henegouwen en de provincie Namen (sinds 1979) en het andere voor de hele provincie Antwerpen (sinds 1989) (Morris et al., 2018).

Het centrale register dat de verschillende Europese regionale registers coördineert, bevindt zich sinds 01.01.15 in het European Joint Centre in Ispra (Europese Commissie). Het maakt dus deel uit van het Europees platform voor registratie van zeldzame ziekten.

<https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/eurocat>

Sinds de registratie van aangeboren misvormingen hebben prenatale diagnosetechnieken het mogelijk gemaakt om deze steeds eerder tijdens de zwangerschap te diagnosticeren. Deze prenatale diagnose kan leiden tot een medische zwangerschapsafbreking na 12 weken in geval van ernstige misvormingen (E. Garne e.a., 2004 en 2010).

De prevalentie van VZA wegens foetale misvormingen is al vele jaren bekend in de registers van Henegouwen - Namen en Antwerpen. Onderstaande tabel stelt ons in staat om de bij de Commissie aangegeven gegevens voor het hele land te vergelijken met de gegevens over de prevalentie van VZA na 12 weken per 10.000 geboorten. Afhankelijk van het aantal geboortes (Statbel Algemene Directie Statistiek - Statistics Belgium) in de jaren 2012 tot 2017 kan een schatting worden gegeven van het aantal zwangerschapsafbrekingen wegens foetale misvormingen. Dit aantal bedraagt 464 in 2012 en stijgt tot 654 in 2017.

JAAR	AANTAL GEBOORTEN	ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN RAPPORT COMMISSIE	ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN PREVALENTIE PER 10.000 GEBOORTEN (EUROCAT HN en A)	GESCHAT AANTAL ONDERBREKINGEN WEGENS MISVORMINGEN IN BELGIË
2012	126.993	79	36,53	464
2013	124.862	103	36,1	450
2014	124.415	94	37,75	469
2015	121.713	35	42,25	514
2016	121.161	93	40,74	493
2017	119.109	107	54,89	654

Tabel met het aantal aan de Commissie gemelde VZA na 12 weken en het geschatte aantal in België

Het lijkt erop dat het aantal gemelde onderbrekingen duidelijk lager is dan wat er in het land echt gebeurt, aangezien de cijfers voor onderbrekingen wegens foetale misvormingen rond de 7-23 % van de geschatte cijfers liggen.

De oorzaken van dit verschil kunnen worden verklaard door de werkoverlast in ziekenhuizen, waardoor er geen tijd is voor de melding, door de verschillende interpretatie van de wet door de arts met betrekking tot vrijwillige en medische zwangerschapsafbreking, of ten slotte de wens om deze praktijk zeer vertrouwelijk te houden.

AANBEVELING:

- ✓ Zwangerschapsafbrekingen om medische redenen moeten systematisch worden meegedeeld aan de Nationale Evaluatiecommissie, zoals bepaald in de wet. Medisch personeel dat abortussen uitvoert, moet op dit punt worden gewezen.

5. VZA EN KWETSBAAR PUBLIEK

5.A) VROUWEN MET EEN LAGE SOCIO-ECONOMISCHE STATUS

Verschillende factoren en specifieke behoeften dragen ertoe bij dat de meest kwetsbare vrouwen het risico lopen om ongewenst zwanger te raken, met name vanwege hun precaire sociaal-economische situatie.

Vrouwen die geen sociale zekerheidsdekking hebben en het door het RIZIV gevraagde bedrag niet kunnen betalen, worden doorverwezen of worden met verlies opgevangen door ziekenhuizen en centra buiten de ziekenhuizen. Het bedrag in een centrum buiten het ziekenhuis werd door het RIZIV vastgelegd op € 470 en ligt nog veel hoger in ziekenhuizen.

In het rapport van de Socialistische Vooruitziende Vrouwen van 2013 wordt de specificiteit van de keuze van de anticonceptiemethode volgens de sociaaleconomische status van een vrouw benadrukt: wanneer een vrouw zich in een precaire financiële situatie bevindt, zal ze niet de voorkeur geven aan anticonceptie en nog minder aan noodanticonceptie. In een artikel dat op 12 februari 2019 werd gepubliceerd, stelde de mutualiteit Partena ook dat anticonceptie het minst gebruikt wordt door vrouwen die een verhoogde tegemoetkoming genieten²⁶.

Er is een verschil tussen vrouwen met een basisschooldiploma of zonder diploma die kiezen voor de anticonceptiepil en vrouwen met een diploma hoger onderwijs, die de voorkeur geven aan het spiraaltje²⁷.

Het is daarom absoluut noodzakelijk om een aanpak te hanteren die rekening houdt met de sociaaleconomische status van vrouwen.

De situatie van migrantenvrouwen zonder verblijfsrecht is ook zorgwekkend. De Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking heeft het registratieformulier in 2019 gewijzigd, omdat het geen vragen bevatte met betrekking tot deze situaties.

De vereniging die ontstaan is uit de fusie van de Nederlandstalige abortuscentra (hierna "LUNA" en "VUB- Dilemma") vraagt al enkele jaren naar de herkomst van de patiënt. Volgens hun cijfers van 2017 waren 58 % van de 6.688 patiënten die hun zwangerschap in een LUNA-abortuscentrum beëindigden, autochtoon en waren 42 % van buitenlandse afkomst. Van de personen met de Belgische nationaliteit is 22 % van allochtone afkomst.

39 % van de vrouwen van allochtone afkomst hebben de Belgische nationaliteit.²⁸ Dit toont het belang aan van een aanpak die rekening houdt met deze dimensie, die duidelijk veel hinderpalen opwerpt voor de toegang tot VZA en anticonceptie²⁹: geografische ontoegankelijkheid, financiële moeilijkheden, gebrek aan onderwijs en dus onwetendheid over anticonceptiemiddelen, sociale of familiale druk, etc.

²⁶ <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>

²⁷ <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf> (pp5-6)

²⁸ <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>

²⁹ RIZIV & Dokters van de Wereld, 2014, pp. 257–259

De interventie voor de VZA zelf kost ongeveer 450 euro, hoewel dit bedrag varieert naar gelang van de plaats van uitvoering en ook afhankelijk is van de financiële steun waarop de betrokkene recht heeft.

Sinds 2003 worden de kosten van een VZA in centra buiten het ziekenhuis gedekt door de mutualiteit en bedraagt het remgeld dat de vrouw moet betalen minder dan 5 euro.

Vrouwen zonder mutualiteit moeten de totaalprijs van de interventie zelf betalen, hoewel de centra vaak hulp bieden in functie van hun financiële mogelijkheden. Er kan ook een beroep worden gedaan op verschillende sociale diensten: OCMW's, medische noodhulp, het Rode Kruis, ...

Iedereen die legaal in België verblijft, kan immers een verzoek tot bijstand van het OCMW indienen. Om te beslissen of een persoon recht heeft op bijstand, voert een maatschappelijk werker een "sociaal onderzoek" uit, d.w.z. hij controleert of de persoon hulp nodig heeft om een waardig leven te leiden. Het OCMW heeft 30 dagen de tijd om een beslissing te nemen. Vrouwen die zich zonder verblijfsvergunning op het grondgebied bevinden, hebben dus geen sociale zekerheidsdekking en kunnen in theorie een beroep doen op dringende medische hulp (DMH)³⁰, gedefinieerd als "dringende hulp die de toegang tot medische zorg garandeert voor personen zonder wettig verblijf in België".³¹ Asielzoekers kunnen zich aanmelden bij de opvangstructuur waar ze verblijven (Fedasil, Rode Kruis). Als ze echter niet in een centrum of in een LOI verblijven, kunnen ze een beroep doen op de hulp van het OCMW.³²

Al deze voorzieningen slagen er echter niet in de moeilijkheden weg te werken die deze vrouwen bij een ongewenste zwangerschap ondervinden. Om een verzoek om bijstand te aanvaarden, voert het OCMW huisbezoeken uit. Veel van deze vrouwen zonder verblijfsvergunning leven op straat, hebben geen referentieadres en zijn vaker slachtoffers van geweld/diefstal. Ze worden dan ook geconfronteerd met een verhoogd risico op een ongewenste zwangerschap en staan voor een dilemma: als ze een beroep willen doen op een medisch veilige VZA zijn ze verplicht een dossier in te vullen, met het risico te worden geregistreerd en uiteindelijk uit het grondgebied te worden gezet.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Automatisch toepassen van de derdebetalersregeling voor anticonceptie voor mensen die een "verhoogde tegemoetkoming" krijgen van het ziekenfonds.
- ✓ De medische kosten voor zwangerschapsonderbreking en de anticonceptie voor vrouwen die niet onder de sociale zekerheid vallen ten laste nemen.
- ✓ Door administratieve vereenvoudiging, toegang tot medische noodhulp voor personen zonder verblijfsrecht toelaten.

³⁰ OCMW-wet (1976)

³¹ Koninklijk besluit van 12 december 1996

http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet

³² http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1996121237&table_name=wet

5.B) VZA EN GEWELD

We weten dat ongeveer 40 % van het huiselijk geweld voorkomt of verergert tijdens de zwangerschap.³³ Het is noodzakelijk om het verband tussen geweld en zwangerschap vast te stellen en bekend te maken. Dit zal er onder meer voor zorgen dat VZA-artsen de gevallen van huiselijk geweld die ertoe leiden dat sommige vrouwen hun toevlucht nemen tot abortus kunnen detecteren. Aan de andere kant blijkt dat sommige zwangerschappen het resultaat zijn van manoeuvres om de vrouw tegen haar wil zwanger te maken. Dit fenomeen, in de wetenschappelijke literatuur "dwang tot voortplanting" genoemd³⁴, is in ons land weinig bekend en wordt daarom onderschat.

AANBEVELINGEN:

- ✓ Medisch personeel opleiden om tekenen van geweld te identificeren, zowel bij gewenste als bij ongewenste zwangerschappen.
- ✓ Een diepgaande studie uitvoeren naar huiselijk geweld tegen vrouwen die een of meer VZA willen en/of hebben ondergaan en over het fenomeen "dwang tot voortplanting".
- ✓ Herken de prevalentie van reproductieve dwang (contraceptieve sabotage, psychologische intimidaties / of fysieke geweldplegingen) om ongewenste zwangerschappen te voorkomen.

5.C) ZWANGERSCHAP EN ARBEIDSMARKT

Volgens een studie van het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen - IEFH - die in 2017³⁵ werd gepubliceerd, werden 3 van de 4 vrouwelijke werknemers geconfronteerd met ten minste één vorm van discriminatie, vooroordelen, ongelijke behandeling en spanningen op het werk, op grond van hun zwangerschap of moederschap. 22 % van de zwangere werknemers werd direct gediscrimineerd en 69 % werd indirect gediscrimineerd. Deze onaanvaardbare situatie kan negatieve gevolgen hebben voor vrouwen die zwanger zijn en overwegen hun zwangerschap voort te zetten, ook al was de zwangerschap ongepland.

³³ <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccentue-3908112>

³⁴ Committee; Women, Underserved; Gynecologists, February (2013). "Committee Opinion No. 554: Reproductive and Sexual Coercion". *Obstet Gynecol.* **121** (2 Pt 1): 411–5. doi:10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b. PMID 23344307.

En Chamberlain, Linda, and Rebecca Levenson. *Reproductive Health and Partner Violence Guidelines: An Integrated Response to Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion*. San Francisco: Family Violence Prevention Fund, 2010.

³⁵ <https://igvm-iefh.belgium.be/nl/publicaties/zwanger-aan-het-werk-de-ervaringen-van-sollicitanten-aan-het-werk-de-ervaringen-van-sollicitanten-werkneemsters-en-zelfstandige>

AANBEVELINGEN:

- ✓ Publieke bewustmakingscampagnes organiseren over discriminatie bij zwangerschap en het welzijn op de werkplek
- ✓ Een onderzoek naar de prevalentie van VZA in verband met mogelijke risico's van discriminatie op het werk uitvoeren.

5.D) VZA EN HANDICAP/GEZONDHEID

Volgens Women Enabled International vormen meisjes en vrouwen met een handicap een vijfde van de vrouwelijke wereldbevolking.³⁶ De rechten van personen met een handicap, met name vrouwen, blijven bedreigd voor wat hun seksuele en reproductieve rechten betreft.

Het Europees Gehandicaptenforum legt in een recente verklaring uit dat "seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten, met inbegrip van gynaecologische en verloskundige diensten, vaak niet toegankelijk zijn en dat er geen of zeer weinig technische ondersteuning en persoonlijke bijstand wordt geboden om de eerbiediging van de seksuele en reproductieve rechten te waarborgen."³⁷

België moet doeltreffende maatregelen nemen om vrouwen met een handicap in staat te stellen autonoom te beslissen over hun seksuele en reproductieve gezondheid en moet ervoor zorgen dat vrouwen toegang hebben tot feitelijke en onpartijdige informatie hierover.

Het is ook essentieel dat dergelijke beslissingen vrij worden genomen en dat alle vrouwen, ook vrouwen met een handicap, worden beschermd tegen gedwongen abortus, anticonceptie of sterilisatie tegen hun wil of zonder hun geïnformeerde toestemming. Vrouwen mogen niet worden gestigmatiseerd omdat ze een VZA hebben ondergaan en mogen evenmin gedwongen worden een abortus of sterilisatie te ondergaan tegen hun wil of zonder hun geïnformeerde toestemming³⁸.

³⁶ Women Enabled International, Sexual and Reproductive Health and Rights of Women and Girls with Disabilities, <https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20-%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>

³⁷ EDF, Position Paper on Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities (2019), <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>

³⁸ Joint statement by the committee on the Rights of Persons with disabilities and the Committee on the elimination of All Forms of Discrimination against Women (2018), <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>

AANBEVELINGEN:

- ✓ Een diepgaande studie uitvoeren met betrekking tot vrouwen met een handicap die een VZA willen en hebben ondergaan.
- ✓ Een diepgaand onderzoek uitvoeren naar vrouwen met een handicap die hun zwangerschap willen uitdragen en dit tegen het advies van hun omgeving in hebben gedaan.
- ✓ Zorgstructuren, van het telefonisch onthaal tot het fysiek onthaal, aanpassen om structuren waar VZA worden uitgevoerd beter toegankelijk te maken en hun communicatie verbeteren.
- ✓ Meer aandacht voor socio-economische aspecten voor mensen met een handicap: de terugbetaling van alle zorgen met betrekking tot de handicap garanderen.

6. PRIORITAIRE AANBEVELINGEN

Tenslotte wenst de evaluatiecommissie zijn zestien aanbevelingen in dit memorandum samen te vatten in zeven belangrijke aanbevelingen inzake anticonceptie en negen aanbevelingen inzake vrijwillige zwangerschapsafbreking.

1. Verbetering van de toegankelijkheid van anticonceptie, met inbegrip van nood- en langdurige anticonceptie, en van de informatie over het gebruik ervan, door middel van regelmatige voorlichtingscampagnes van openbare diensten voor het grote publiek.
2. Het verstrekken van noodanticonceptie zonder voorschrift door paramedisch personeel en vroedvrouwen toelaten
3. De toegang tot anticonceptiemiddelen voor jongeren bevorderen door de noodpil te verstrekken in de centra voor gezinsplanning (hierna "CGP") en in scholen, via de Centra voor Leerlingenbegeleiding (hierna "CLB"), die samenwerken met de diensten voor gezondheidspromotie en gratis condoomautomaten plaatsen in scholen
4. Informatie en activiteiten over het seksuele, relationele en emotionele leven promoten op school maar ook via referentiewebsites (vb. www.zanzu.be), om de kritische zin van jongeren te ontwikkelen, bijvoorbeeld met betrekking tot series die tienerzwangerschappen bagatelliseren.
5. Een studie uitvoeren om gegevens in te zamelen over vrouwen die zwanger worden ondanks correct gebruik van een anticonceptiemiddel, aangezien deze informatie niet in de statistieken is opgenomen.
6. Veralgemeen de derdebetalersregeling voor alle leeftijden en voor alle vormen van anticonceptiemiddelen.

7. Ervoor zorgen dat het RIZIV instaat voor de volledige terugbetaling van alle anticonceptiemiddelen en noodanticonceptiemiddelen, evenals voor de aankoop en plaatsing van langdurige anticonceptiemiddelen, en niet de mutualiteiten, om verschillen in dekking te voorkomen.
8. Definieer een VZA onder alle omstandigheden als een noodzakelijke medische handeling, ook in geval van een gezondheids crisis.
9. Een officiële, specifieke en regelmatig bijgewerkte website ontwikkelen waarop alle nuttige informatie te vinden is, om vrouwen die geconfronteerd worden met een ongewenste zwangerschap te helpen een geïnformeerde keuze te maken (wettelijk kader, te volgen procedure, lijst van beschikbare plaatsen voor een gesprek of om een VZA uit te voeren, enz.)
10. Voorzien in regelmatige voorlichtingscampagnes voor het grote publiek over ongeplande of ongewenste zwangerschappen en VZA en hiervoor gebruik maken van verschillende verspreidingsmiddelen (pers, affiches, openbaar vervoer, radio, tv, internet, nieuwe media, sociale netwerken, ...)
11. Het onthaal en de aanpak inzake VZA in ziekenhuisinstellingen verbeteren en een specifieke nomenclatuurcode voor VZA opstellen. Momenteel worden de codes "curetage" gebruikt voor chirurgische abortussen en "consultatie en echografie" voor medicijnafbrekingen om financiering van het RIZIV te verkrijgen. Deze laatste vereisen echter bijna een halve dag toezicht door het medisch en paramedisch team.
12. Een psycholoog/maatschappelijk werker in de ziekenhuizen financieren voor het voeren van de psychologische gesprekken voor een VZA, die wettelijk verplicht zijn.
13. De zorg voor een vrouw met ongewenste zwangerschap incorporeren in de basisopleiding geneeskunde en in andere faciliteiten zoals menswetenschappen
14. De eigenheid van huisartsen die VZA uitvoeren in centra buiten ziekenhuizen erkennen.
15. De medische kosten voor zwangerschapsonderbreking en de anticonceptie na een VZA voor vrouwen die niet onder de sociale zekerheid vallen ten laste nemen.
16. Door administratieve vereenvoudiging, toegang tot medische noodhulp voor personen zonder verblijfsrecht toelaten.

7. BESLUITEN

Eerst en vooral wensen wij, beide voorzitters van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking, de leden, die sinds eind 2018 zijn aangesteld, te bedanken voor hun inzet en het vakkundig werk dat ze hebben gepresteerd om in deze huidige moeilijke periode van Coronapandemie dit statistisch verslag 2018-2019 en met de bijhorende aanbevelingen, te kunnen voorleggen aan de parlementsleden.

Wij willen ook onze dank betuigen aan de parlementsleden die het initiatief hebben genomen om de profielen te wijzigen van de kandidaten die in aanmerking komen voor de functie van lid van de Nationale Evaluatiecommissie (wet van 16.06.16). Het is door deze wet dat de commissie, na meer dan zes jaar onderbreking, niet alleen haar taken opnieuw kon opnemen, maar ook in staat was om haar opdrachten binnen een redelijke termijn uit te voeren, ondanks de gezondheidscrisis.

Dankzij de vakkundigheid van de leden werpen zowel dit tweejaarlijks verslag 2018-2019, en de bijhorende aanbevelingen, een licht op de maatschappelijke uitdagingen omtrent deze materie en de wetgeving.

De Evaluatiecommissie, die zich bewust is van de beperkingen van de huidige wet, stelt voor dat ze in de toekomst niet alleen beroep zou kunnen doen op de deskundige steun van experts, zoals statistici, sociologen en epidemiologen van de FOD Volksgezondheid, maar ook over de mogelijkheid zou kunnen beschikken om diezelfde FOD op te dragen, studies en opdrachten over specifieke onderwerpen te laten uitvoeren zoals vermeld in onze aanbevelingen.

De Voorzitters,

Mario Van Essche

Sylvie Lausberg

8. MINDERHEIDSSTANDPUNT: NIET DOOR DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE ONDERSTEUND STANDPUNT.

De hiernavolgende tekst is een persoonlijke overweging van Dr.Chantal KORTMANN, plaatsvervangend lid van de commissie.

Een aantal elementen werden toegevoegd na de laatste vergadering. In het kader van de vrijheid van meningsuiting heeft de commissie evenwel beslist haar opmerkingen integraal op te nemen, zij het dat wij benadrukken dat dit een minderheidsstandpunt betreft, dat de rest van de commissie niet deelt.

Aanbevelingen van mevrouw Chantal Kortmann

Graag wil ik nog eens verwijzen naar de minderheidsnota, (zie link: [Memorandum aan het Parlement | Volksgezondheid \(belgie.be\)](#)) gepubliceerd in het vorige memorandum van 2020, voor mijn aanbevelingen om het aantal abortussen in ons land te helpen verminderen en om aan vrouwen in nood daadwerkelijke alternatieven te bieden. De aanbevelingen om de toegang tot abortus te faciliteren, reclame te maken voor de instellingen waar abortus kan gebeuren, promotiefilmpjes te laten zien waarbij de keuze voor abortus als een goede keuze wordt voorgesteld, ed. lijken me niet van aard om het aantal abortussen te verminderen. Voor het evenwicht moet men dan minstens evenveel energie en middelen geven aan promotiefilmpjes waaruit bv. blijkt dat het kiezen voor je kind in bepaalde gevallen ook een goede keuze blijkt te zijn, die vrouwen en ook mannen weer tot geluk in het leven kan brengen. Naast reportages die laten zien dat adoptie veel problemen kan geven, moet men ook reportages tonen van situaties waar adoptie juist tot veel vreugde heeft geleid. Anders komt er een onrealistisch negatief beeld in de publieke opinie over het ouderschap en het laten opgroeien van kinderen in minder evidente omstandigheden.”

Voor het verminderen van het aantal tienerzwangerschappen.

Van de prille tieners (10-14jaar) gebruikt 55-60% geen contraceptie en worden ze dus zo zwanger. Ook de oudere tieners (15-19) heeft tot 52% onbeschermd seks. Dit ligt boven het gemiddelde van 45%. Dat betekent dat deze meisjes onvoldoende gewapend zijn om zich te beschermen tegen een ongeplande zwangerschap of SOA op deze jonge leeftijd.

Het zou interessant zijn om een educatieprogramma op te starten dat specifiek werkt op het vertragen van seksueel actief worden. Uit onderzoek is gebleken dat veel jonge meisjes zich de eerste keer vaak onvrij voelden om nee te zeggen en dat ze dus onder een zekere dwang tot seksuele gemeenschap zijn overgegaan. Een specifiek programma voor de empowerment van meisjes zou zeer goed zijn met de focus op de uitbouw van een duurzame relatie en de notie dat seks beter gebeurt binnen een duurzame relatie en ook op een wat latere leeftijd. Het idee dat men verantwoordelijk moet kunnen zijn voor een mogelijke derde maakt dat men minder snel zal gaan experimenteren en dit is ook goed om de verspreiding van SOA's te verminderen.

Dit zal meisjes empoweren, zodat ze een bewuste keuze kunnen maken en zich beter kunnen beschermen tegen een ongeplande zwangerschap.

Momenteel beperkt de RSV in de scholen zich voornamelijk tot de technische aspecten van de voorlichting en het uitleggen van de soorten voorbehoedsmiddelen en heeft men minder oog voor de kwaliteit van een relatie en hoe je kunt streven naar duurzaamheid en veiligheid binnen je relatie.

De overheid zou het samenwerken met organisaties die dit educatieve programma aanbieden moeten aanmoedigen en deze organisaties ook beter moeten subsidiëren. Men kan in samenwerking met de universiteiten een onderzoek starten naar de effectiviteit van dergelijke voorlichting in de scholen in vergelijking met de meer klassieke technische voorlichting.

Dr. Chantal Kortmann.

1. SAMENSTELLING VAN DE NATIONALE EVALUATIECOMMISSIE BELAST MET DE EVALUATIE VAN DE WET VAN 15 OKTOBER 2018 BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING (K.B. van 15 okt 2018 – Belgische Staatsblad van 05 november 2018)

Effectieve leden:

1° in de hoedanigheid van geneesheer:

Dhr. Jan Deprest (N)	Dhr. Jean-Noël Missa (F)
Mevr. Kristien Roelens (N)	Mevr. Anne Firquet (F)
Dhr. Hendrik Cammu (N)	Mevr. Dominique Roynet (F)
Mevr. Anne Verougstraete (N)	
Dhr. Jacques Germeaux (N)	

2° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat:

Mevr. Myriam Van Varenbergh (N)	Dhr. Nathan Radelet (F)
Dhr. Mario Van Essche (N) Voorzitter	Mevr. Anne Lagerwall (F)

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in noodtoestand:

Mevr. Carine Vrancken (N)	Mevr. Violaine De Clerck (F)
	Dhr. Frédéric Brichau (F)
	Mevr. Sylvie Lausberg (F) Voorzitter

Plaatsvervangende leden:

1° in de hoedanigheid van geneesheer:

Dhr. Gunnar Naulaers (N)	Mevr. Christine Verellen-Dumoulin (F)
Dhr. Roland Devlieger (N)	Dhr. Yannick Manigart (F)
Dhr. Wilfried Gyselaers (N)	Mevr. Isabelle Dumont (F)
Mevr. Chantal Kortmann (N)	Mevr. Karine Welfens (F)

2° in de hoedanigheid van docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische Universiteit of advocaat:

Mevr. Ingrid Boone (N)	Dhr. Jules Messinne (F)
	Dhr. Jean-Marc Hausman (F)
	Mevr. Elise Boutriau (F)

3° als leden afkomstig uit middens die belast zijn met het onthaal en de begeleiding van vrouwen in een noodsituatie:

Mevr. Katleen Alen (N)	Dhr. Michel Pasteel (F)
Mevr. Arlette Geuens (N)	
Mevr. Ellen Van Stichel (N) (nam in 2019 ontslag en is tot op heden niet vervangen)	

**2. SAMENSTELLING VAN HET ADMINISTRATIEVE KADER VAN DE NATIONALE
EVALUATIECOMMISSIE BELAST MET DE EVALUATIE VAN DE WET VAN 3
APRIL 1990 BETREFFENDE DE ZWANGERSCHAPSAFBREKING**

Dhr. Kristiaan Coppens (N)
waarnemend secretaris
Mevr. Evelyne Coppens (N)

Mevr. Valérie De Nef (F) secretaris
Mevr. Karine Delatte (F)
Mevr. Lydie Cappelmanns (F)

1. Wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking

3 April 1990 - Wet betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek (B.S. 05/04/1990)

In naam van het Belgische Volk,
Wij, in Raad verenigde Ministers,

Gelet op het besluit van 3 april 1990, waarbij wordt vastgesteld dat de Koning zich in de onmogelijkheid bevindt om te regeren:
Gelet op de artikelen 25, 69, 79, derde lid, en 82 van de Grondwet,

De Kamers hebben aangenomen en Wij, in Raad verenigde Ministers, bekrachtigen hetgeen volgt:

Artikel 1.

Artikel 348 van het Strafwetboek wordt vervangen als volgt :

“Art. 348. Hij die, al dan niet geneesheer, door enig middel opzettelijk vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin niet heeft toegestemd, wordt gestraft met opsluiting. Indien de gebruikte middelen hun uitwerking hebben gemist, vindt artikel 52 toepassing.”

Artikel 2.

Artikel 350 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

“Art. 350. Hij die door spijzen, dranken, artsenijen of door enig ander middel vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarin heeft toegestemd, wordt veroordeeld tot gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot geldboete van honderd frank tot vijfhonderd frank.

Er is evenwel geen misdrijf wanneer de zwangere vrouw die door haar toestand in een noodsituatie verkeert, een geneesheer verzoekt haar zwangerschap af te breken en indien de zwangerschapsafbreking uitgevoerd wordt onder de volgende voorwaarden:

1° a) de zwangerschapsafbreking moet plaatsvinden vóór het einde van de twaalfde week na de bevruchting ;

b) de zwangerschapsafbreking moet onder medisch verantwoorde omstandigheden door een geneesheer worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden die de zwangere vrouw opvangt en haar omstandig inlicht inzonderheid over de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen, alsook over de mogelijkheden om het kind dat geboren zal worden, te laten adopteren; en die, op verzoek van de geneesheer of van de vrouw, haar hulp en raad geeft over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen welke door haar toestand zijn ontstaan.

2° De geneesheer tot wie een vrouw zich wendt om haar zwangerschap te laten afbreken, moet :

a) de vrouw inlichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap ;

b) de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind dat geboren zal worden, in herinnering brengen en, in voorkomend geval, een beroep doen op het personeel van de dienst bedoeld in het 1°, b), van dit artikel om de daar bepaalde hulp en raad te geven ;

c) zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken.

De appreciatie van de geneesheer over de vaste wil en de noodsituatie van de zwangere vrouw, op basis waarvan hij aanvaardt de ingreep uit te voeren, kan niet meer worden aangevochten indien is voldaan aan de in dit artikel bepaalde voorwaarden.

3° De geneesheer kan de zwangerschapsafbreking niet eerder verrichten dan zes dagen na de eerste raadpleging en nadat de vrouw, de dag van de ingreep, schriftelijk te kennen heeft gegeven dat ze vastbesloten is de ingreep te ondergaan.

Deze verklaring moet bij het medisch dossier worden gevoegd.

4° Na de termijn van twaalf weken kan de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald onder het 1°, b), het 2° en het 3° slechts worden afgebroken, indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In dat geval moet de geneesheer tot wie de vrouw zich heeft gewend, de medewerking vragen van een tweede geneesheer, wiens advies bij het dossier moet worden gevoegd.

5° De geneesheer of een andere bevoegde persoon van de instelling voor gezondheidszorg waar de ingreep is verricht, moet aan de vrouw de nodige voorlichting verstrekken inzake contraceptiva.

6° Geen geneesheer, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking.
De geneesheer die weigert een dergelijke ingreep te verrichten, is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis te stellen van zijn weigering.”

Artikel 3.

Artikel 351 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

“Art. 351. De vrouw die opzettelijk een vruchtafdrijving laat verrichten buiten de voorwaarden gesteld in artikel 350, wordt gestraft met gevangenisstraf van een maand tot een jaar en met geldboete van vijftig frank tot tweehonderd frank.”

Artikel 4.

Artikel 352 van hetzelfde Wetboek wordt vervangen als volgt :

”Art. 352. Wanneer de middelen, gebruikt met het oogmerk om vruchtafdrijving te verwekken, de dood tot gevolg hebben, wordt hij die ze met dat oogmerk heeft aangewend of aangewezen, veroordeeld tot opsluiting, indien de vrouw daarin weliswaar heeft toegestemd doch de ingreep werd verricht buiten de voorwaarden gesteld in artikel 350, en tot dwangarbeid van tien jaar tot vijftien jaar indien zij daar niet in heeft toegestemd.”

Artikel 5.

Artikel 353 van hetzelfde Wetboek wordt opgeheven.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 3 april 1990.

Tekst van artikel 349 in het Strafwetboek

Art. 349. Wanneer de vruchtafdrijving wordt veroorzaakt door geweld, opzettelijk gepleegd, maar zonder het oogmerk om afdrijving te verwekken, wordt de schuldige gestraft met gevangenisstraf van drie maanden tot twee jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot driehonderd frank.

Wordt het geweld gepleegd met voorbedachten rade of met kennis van de toestand van de vrouw, dan is de gevangenisstraf zes maanden tot drie jaar en de geldboete vijftig frank tot vijfhonderd frank.

2. Wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie

13 Augustus 1990 - Wet houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek (B.S. 20/10/1990)

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamers hebben aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt:

Artikel 1.

§ 1. Er wordt een Nationale Evaluatiecommissie inzake de toepassing van de wetgeving betreffende de zwangerschapsafbreking ingesteld.

§ 2. De Commissie bestaat uit zestien leden van wie negen vrouwen en zeven mannen. Zij worden aangewezen op grond van hun kennis en ervaring inzake de materies die tot de bevoegdheid van de Commissie behoren. Acht leden zijn geneesheer, van wie minstens vier hoogleraar in de geneeskunde aan een Belgische universiteit zijn. Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit of advocaat. Vier leden komen uit kringen die belast zijn met de opvang en de begeleiding van vrouwen in een noodsituatie.

Het lidmaatschap van de Commissie is onverenigbaar met het mandaat van lid van één van de Wetgevende vergaderingen en met het mandaat van lid van de Regering of van een Executieve.

De leden van de Commissie worden, met inachtneming van de taalpariteit en op grond van een pluralistische vertegenwoordiging, bij een in Ministerraad overlegd koninklijk besluit benoemd uit een dubbele lijst, voorgedragen door de Senaat, en voor een termijn van vier jaar die kan worden verlengd. De kandidaten die niet als effectieve leden zijn aangewezen, worden tot plaatsvervangende leden benoemd.

De Commissie wordt voorgezeten door een nederlandstalige en een franstalige voorzitter. Deze worden verkozen door de commissieleden van de desbetreffende taalgroep.

De Commissie stelt haar huishoudelijk reglement op.

§ 3. Ten behoeve van het Parlement stelt de Commissie, tegen 31 augustus 1992 en nadien om de twee jaar, op:

- a) een statistisch verslag waarin de informatie verkregen op grond van de artikelen 2 en 3 werd verwerkt;
- b) een verslag waarin de toepassing van de wet en de ontwikkelingen in de toepassing ervan worden aangegeven en geëvalueerd;
- c) in voorkomend geval, aanbevelingen tot eventueel wetgevend initiatief en/of andere maatregelen die kunnen leiden tot het terugdringen van het aantal zwangerschapsafbrekingen en tot een betere begeleiding en opvang van vrouwen in een noodsituatie.

Teneinde deze opdracht te vervullen, kan de Commissie inlichtingen inwinnen bij overheden en instellingen met betrekking tot het beleid inzake gezinsplanning, verantwoord ouderschap en anticonceptie.

De door de Commissie ingewonnen inlichtingen zijn vertrouwelijk en mogen niet aan enige instantie, met inbegrip van de rechterlijke macht, worden meegedeeld.

Artikel 2.

De Commissie stelt een registratieformulier op dat moet worden ingevuld door de geneesheer die een zwangerschapsafbreking uitgevoerd heeft. Daarin worden opgenomen:

- 1) het codenummer van de instelling voor gezondheidszorg bedoeld in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek en het codenummer van de geneesheer;
- 2) de leeftijd, de burgerlijke staat en het aantal kinderen van de vrouw die om een zwangerschapsafbreking verzoekt;
- 3) de provincie of, indien de vrouw in het buitenland woont, het land waarin de woonplaats van de vrouw gelegen is;
- 4) de datum van het verzoek tot zwangerschapsafbreking en de datum van de uitvoering ervan;
- 5) een beknopte beschrijving van de door de vrouw ingeroepen noodsituatie op grond waarvan de geneesheer de zwangerschapsafbreking bedoeld in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek heeft uitgevoerd.
Indien de zwangerschapsafbreking wordt verricht op grond van artikel 350, tweede lid, 4°, van het Strafwetboek, vermeldt de geneesheer tevens het ernstig gevaar voor de gezondheid van de vrouw of de uiterst zware en ongeneeslijke kwaal waaraan het kind bij de geboorte zou lijden;
- 6) de datum waarop de betrokken vrouw door de voorlichtingsdienst werd ontvangen;
- 7) de vermelding van de verklaringen van de vrouw over de voorbehoedmiddelen die zij heeft gebruikt en de reden van het falen;
- 8) de vermelding van de methode van zwangerschapsafbreking die werd toegepast en, in voorkomend geval, van de verwickelingen die hiervan het gevolg waren.

De geneesheer zendt dit document over aan de in artikel 1 bedoelde Evaluatiecommissie, binnen vier maanden na de uitvoering van de zwangerschapsafbreking.

Artikel 3.

De Commissie stelt een document op dat als jaarlijks verslag moet worden ingevuld door de instelling voor gezondheidszorg, bedoeld in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek, en haar moeten worden overgezonden ten laatste op 30 april van het jaar volgend op dat waarop de informatie betrekking heeft.

In dit verslag wordt melding gemaakt van:

- het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd ingediend bij de instelling of bij de geneesheren verbonden aan de instelling;
- het aantal zwangerschapsafbrekingen dat door de aan de instelling verbonden geneesheren werd uitgevoerd op grond van artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek, met , in voorkomend geval, de vermelding van de in artikel 350, tweede lid, 4°, van het Strafwetboek bedoelde gevallen;
- het aantal verzoeken tot zwangerschapsafbreking dat werd afgewezen door de aan de instelling verbonden geneesheren.

Aan dit verslag wordt een verslag toegevoegd van de voorlichtingsdienst van de instelling over:

- de samenstelling en de werking van de dienst;
- de toegepaste methoden van opvang en hulp;
- het aantal raadplegingen;
- in voorkomend geval, de resultaten van de opvang en de hulp.

Artikel 4.

De Evaluatiecommissie beschikt voor het opstellen van het evaluatieverslag over een beperkt administratief kader teneinde de wettelijke opdrachten naar behoren te kunnen vervullen. De formatie en het taalkader van het administratief personeel worden vastgelegd bij een in Ministerraad overlegd Koninklijk Besluit op voorstel van de Minister bevoegd voor de Volksgezondheid. De Evaluatiecommissie stelt dit personeel aan dat uit de overheidsdiensten wordt gedetacheerd onder de voorwaarden die door de Koning worden bepaald.

Artikel 5.

De werkingskosten en de personeelskosten van de Evaluatiecommissie evenals de vergoeding van haar leden komen ten laste van de begroting van het Ministerie van Volksgezondheid.

Artikel 6.

Hij die hetzij uit nalatigheid, hetzij moedwillig en nadat hij daartoe werd aangemaand, nalaat de in artikel 2 bedoelde registratiedocumenten of de in artikel 3 bedoelde jaarlijkse verslagen binnen de vastgestelde termijn aan de Evaluatiecommissie te bezorgen, wordt gestraft met gevangenisstraf van acht dagen tot één maand of met geldboete van vijftig frank tot vijfduizend frank. Hoofdstuk VII en artikel 85 van het Strafwetboek zijn van overeenkomstige toepassing op de in deze wet bedoelde misdrijven.

Artikel 7.

Een ieder die, in welke hoedanigheid ook, zijn medewerking verleent aan de toepassing van deze wet, staat daardoor in voor de geheimhouding van de gegevens die hem in de uitoefening van zijn opdracht worden toevertrouwd en die hiermee verband houden. Artikel 458 van het Strafwetboek is op hem van toepassing.

Artikel 8.

Binnen zes maanden na de indiening van de eerste verslagen en, in voorkomend geval, van de aanbevelingen van de Evaluatiecommissie bedoeld in artikel 1, §3, heeft er hierover een debat plaats in Kamer en Senaat. Die termijn van zes maanden wordt geschorst gedurende de periode dat de Wetgevende Kamers zijn ontbonden en/of dat er geen Regering is die het vertrouwen heeft van de Wetgevende Kamers.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 13 augustus 1990.

3. Wet van 16 juni 2016 tot wijziging van de wet van 13 augustus 1990 betreffende de oprichting van de Evaluatiecommissie

16 Juni 2016 - Wet tot wijziging van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek wat de samenstelling van de Nationale Evaluatiecommissie zwangerschapsafbreking betreft

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamer van volksvertegenwoordigers heeft aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt:

Artikel 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

Artikel 2.

In artikel 1, § 2, eerste lid, van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek worden de volgende wijzigingen aangebracht:

1° de woorden " van wie minstens vier hoogleraar " worden vervangen door de woorden " van wie minstens vier docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar " ;

2° de woorden " Vier leden zijn hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit " worden vervangen door de woorden " Vier leden zijn docent, hoogleraar of emeritus hoogleraar in de rechten aan een Belgische universiteit " .

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het *Belgisch Staatsblad* zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 16 juni 2016.

4. Wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking

15 oktober 2018 - 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 (BS 29.10.2019)

FILIP, Koning der Belgen,
Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groet.

De Kamer van volksvertegenwoordigers heeft aangenomen en Wij bekrachtigen hetgeen volgt :

HOOFDSTUK 1. — Inleidende bepaling

Art. 1.

Deze wet regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 74 van de Grondwet.

HOOFDSTUK 2. — Voorwaarden en procedure

Art. 2.

De zwangere vrouw mag een arts verzoeken om haar zwangerschap af te breken onder de volgende voorwaarden:

1° De zwangerschapsafbreking moet:

- a) onverminderd de bepalingen onder 3° en onder 5°, plaatsvinden voor het einde van de twaalfde week na de bevruchting;
- b) onder medisch verantwoorde omstandigheden door een arts worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg waaraan een voorlichtingsdienst is verbonden die de zwangere vrouw opvangt en haar omstandig inlicht inzonderheid over de rechten, de bijstand en de voordelen, bij wet en decreet gewaarborgd aan de gezinnen, aan de al dan niet gehuwde moeders en hun kinderen, alsook over de mogelijkheden om het kind dat geboren zal worden te laten adopteren; en die, op verzoek van de arts of van de vrouw, haar hulp en raad geeft over de middelen waarop zij een beroep zal kunnen doen voor de oplossing van de psychologische en maatschappelijke problemen welke door haar toestand zijn ontstaan.

2° De arts tot wie een vrouw zich wendt om haar zwangerschap te laten afbreken, moet:

- a) de vrouw inlichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap;
- b) de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind dat geboren zal worden in herinnering brengen en, in voorkomend geval, een beroep doen op het personeel van de voorlichtingsdienst bedoeld in de bepaling onder 1°, b), om de daar bepaalde hulp en raad te geven;

c) zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken. De appreciatie over de vaste wil van de zwangere vrouw, op basis waarvan de arts aanvaardt de ingreep uit te voeren, kan niet meer worden aangevochten indien is voldaan aan de in dit artikel bepaalde voorwaarden.

3° De arts kan de zwangerschapsafbreking niet eerder verrichten dan zes dagen na de eerste raadpleging, behoudens indien er voor de vrouw een dringende medische reden bestaat om de zwangerschapsafbreking te bespoedigen. Indien de eerste raadpleging plaatsvindt minder dan zes dagen voor het einde van de termijn bedoeld in de bepaling onder 1°, a), wordt deze termijn verlengd prorata het aantal niet verstreken dagen van de termijn van zes dagen. Indien de laatste dag van die verlenging evenwel op een zaterdag, een zondag of een wettelijke feestdag valt, kan de zwangerschapsafbreking op de eerstvolgende werkdag worden verricht.

4° De ingreep kan pas worden uitgevoerd nadat de vrouw, de dag van de ingreep, schriftelijk te kennen heeft gegeven dat ze vastbesloten is de ingreep te ondergaan. Deze verklaring moet bij het medisch dossier worden gevoegd.

5° Na de termijn van twaalf weken, desgevallend verlengd overeenkomstig 3°, kan de zwangerschap onder de voorwaarden bepaald in de bepalingen onder 1°, b), en 2° tot 4°, slechts vrijwillig worden afgebroken, indien het voltooiën van de zwangerschap een ernstig gevaar inhoudt voor de gezondheid van de vrouw of indien vaststaat dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een uiterst zware kwaal die als ongeneeslijk wordt erkend op het ogenblik van de diagnose. In dat geval moet de arts tot wie de vrouw zich heeft gewend, de medewerking vragen van een tweede arts, wiens advies bij het dossier wordt gevoegd.

6° De arts of een andere bevoegde persoon van de instelling voor gezondheidszorg waar de ingreep is verricht, moet aan de vrouw de nodige voorlichting verstrekken inzake contraceptiva.

7° Geen arts, geen verpleger of verpleegster, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking. De aangezochte arts is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek in kennis te stellen van zijn weigering. Hij vermeldt in dat geval de contactgegevens van een andere arts, van een centrum voor zwangerschapsafbreking of van een ziekenhuisdienst waar ze terecht kan met een nieuw verzoek tot zwangerschapsafbreking. De arts die de vrijwillige afbreking weigert uit te voeren, stuurt het medisch dossier door naar de nieuwe arts die de vrouw raadpleegt.

HOOFDSTUK 3. — Strafbepaling

Art. 3.

Hij die een vruchtafdrijving veroorzaakt bij een vrouw die daarmee heeft toegestemd, buiten de voorwaarden bepaald in artikel 2, wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot een geldboete van honderd euro tot vijfhonderd euro. Hij die probeert te verhinderen dat een vrouw vrije toegang heeft tot een instelling voor gezondheidszorg die vrijwillige zwangerschapsafbrekingen uitvoert, wordt veroordeeld tot een gevangenisstraf van drie maanden tot een jaar en tot een geldboete van honderd euro tot vijfhonderd euro.

De vrouw die opzettelijk een vruchtafdrijving laat verrichten buiten de voorwaarden bepaald in artikel 2, wordt gestraft met een gevangenisstraf van een maand tot een jaar en met een geldboete van vijftig euro tot tweehonderd euro.

Wanneer de middelen, gebruikt met het oogmerk om vruchtafdrijving te verwekken, de dood tot gevolg hebben, wordt hij die ze met dat oogmerk heeft aangewend of aangewezen, veroordeeld tot opsluiting van vijf jaar tot tien jaar indien de vrouw daarin weliswaar heeft toegestemd doch de ingreep werd verricht buiten de voorwaarden bepaald in artikel 2.

De bepalingen van boek I van het Strafwetboek, met inbegrip van hoofdstuk VII en artikel 85, zijn van toepassing op de in deze wet bedoelde misdrijven.

HOOFDSTUK 4. — Wijziging van het Burgerlijk Wetboek

Art. 4.

In artikel 497/2, 19°, van het Burgerlijk Wetboek, ingevoegd bij de wet van 17 maart 2013, wordende woorden “in artikel 350 van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 5. — Wijzigingen van het Strafwetboek

Art. 5.

De artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, vervangen bij de wet van 3 april 1990 en gewijzigd bij de wet van 26 juni 2000, worden opgeheven.

Art. 6.

Artikel 352 van hetzelfde Wetboek, vervangen bij de wet van 23 januari 2003, wordt vervangen als volgt: “Art. 352. Wanneer de middelen, gebruikt met het oogmerk om vruchtafdrijving te verwekken bij een vrouw die er niet in heeft toegestemd, de dood tot gevolg hebben, wordt hij die ze met dat oogmerk heeft aangewend of aangewezen, veroordeeld tot opsluiting van tien jaar tot vijftien jaar.”.

Art. 7.

In artikel 383 van hetzelfde Wetboek, laatstelijk gewijzigd bij de wet van 26 juni 2000, worden de zinnen “Hij die, hetzij door het tentoonstellen, verkopen of verspreiden van geschriften, al dan niet gedrukt, hetzij door enig ander publiciteitsmiddel, het gebruik van enig middel om vruchtafdrijving te veroorzaken aanprijst, aanwijzingen verstrekt omtrent de wijze waarop het wordt aangeschaft of gebruikt, of personen die het toepassen, doet kennen met het doel hen aan te bevelen;” en “Hij die artsenijen of tuigen, speciaal bestemd om vruchtafdrijving te veroorzaken of als zodanig voorgesteld, tentoonstelt, verkoopt, verspreidt, vervaardigt of doet vervaardigen, doet invoeren, doet vervoeren, aan een vervoer- of een distributieagent overhandigt, door enig publiciteitsmiddel bekendmaakt;” opgeheven.

HOOFDSTUK 6. — Wijzigingen van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek

Art. 8.

In artikel 2 van de wet van 13 augustus 1990 houdende oprichting van een commissie voor de evaluatie van de wet van 3 april 1990 betreffende de zwangerschapsafbreking, tot wijziging van de artikelen 348, 350, 351 en 352 van het Strafwetboek en tot opheffing van artikel 353 van hetzelfde Wetboek, worden de volgende wijzigingen aangebracht: a) in het eerste lid, 1), worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2, 1°, van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”; b) in het eerste lid, 5) wordt de eerste zin opgeheven en worden in de tweede zin de woorden “artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “artikel 2, 4°, van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”

Art. 9.

In artikel 3 van dezelfde wet worden de volgende wijzigingen aangebracht: a) in het eerste lid worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, 1°, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2, 1°, van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen”; b) in het tweede lid, tweede gedachtestreepje, worden de woorden “artikel 350, tweede lid van het Strafwetboek, met in voorkomend geval, de vermelding van de in artikel 350, tweede lid, 4°, van het Strafwetboek bedoelde gevallen” vervangen door de woorden “artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen, en, in voorkomend geval, de gevallen bedoeld in artikel 2, 4°, van dezelfde wet.”.

HOOFDSTUK 7. — Wijziging van de wet van 19 december 2003 betreffende het Europees aanhoudingsbevel

Art. 10.

In artikel 5, § 4, van de wet van 19 december 2003 betreffende het Europees aanhoudingsbevel worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het

Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de

artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 8. — Wijziging van de wet van 5 augustus 2006 inzake de toepassing van het beginsel van de wederzijdse erkenning van rechterlijke beslissingen in strafzaken tussen de lidstaten van de Europese Unie

Art. 11.

In artikel 6, § 4, van de wet van 5 augustus 2006 inzake de toepassing van het beginsel van de wederzijdse erkenning van rechterlijke beslissingen in strafzaken tussen de lidstaten van de Europese Unie worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 9. — Wijziging van de wet van 15 mei 2012 inzake de toepassing van het beginsel van wederzijdse erkenning op de vrijheidsbenemende straffen of maatregelen uitgesproken in een lidstaat van de Europese Unie

Art. 12.

In artikel 11, § 4, van de wet van 15 mei 2012 inzake de toepassing van het beginsel van wederzijdse erkenning op de vrijheidsbenemende straffen of maatregelen uitgesproken in een lidstaat van de Europese Unie, worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 10. — Wijziging van de wet van 21 mei 2013 inzake de toepassing van het beginsel van de wederzijdse erkenning op vonnissen en probatiebeslissingen met het oog op het toezicht op de probatievoorwaarden en de alternatieve straffen uitgesproken in een lidstaat van de Europese Unie

Art. 13.

In artikel 11, § 4, van de wet van 21 mei 2013 inzake de toepassing van het beginsel van de wederzijdse erkenning op vonnissen en probatiebeslissingen met

het oog op het toezicht op de probatievoorwaarden en de alternatieve straffen uitgesproken in een lidstaat van de Europese Unie, worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige

zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde, Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 11. — Wijziging van de wet van 23 maart 2017 inzake de toepassing van het beginsel van wederzijdse erkenning op beslissingen inzake toezichtmaatregelen uitgesproken als alternatief voor voorlopige hechtenis

Art. 14.

In artikel 11, § 4, van de wet van 23 maart 2017 inzake de toepassing van het beginsel van wederzijdse erkenning op beslissingen inzake toezichtmaatregelen uitgesproken als alternatief voor voorlopige hechtenis worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

HOOFDSTUK 12. — Wijziging van de wet van 22 mei 2017 betreffende het Europees onderzoeksbevel in strafzaken

Art. 15.

In artikel 11, § 5, van de wet van 22 mei 2017 betreffende het Europees onderzoeksbevel in strafzaken worden de woorden “in artikel 350, tweede lid, van het Strafwetboek” vervangen door de woorden “in artikel 2 van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking, tot opheffing van de artikelen 350 en 351 van het Strafwetboek, tot wijziging van de artikelen 352 en 383 van hetzelfde Wetboek en tot wijziging van diverse wetsbepalingen.”.

Kondigen deze wet af, bevelen dat zij met 's Lands zegel zal worden bekleed en door het Belgisch Staatsblad zal worden bekendgemaakt.

Gegeven te Brussel, 15 oktober 2018.

7. BIBLIOGRAFIE

1. Wetgeving- Politieke verklaringen

- Koninklijk besluit van 16 september 2013 - ter vaststelling van een specifieke tegemoetkoming in de kostprijs van contraceptiva voor vrouwen, jonger dan 21 jaar – gewijzigd door de wet van 22 april 2019.
- Koninklijk besluit van 12 december 1996 betreffende de dringende medische hulp die door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn wordt verstrekt aan de vreemdelingen die onwettig in het Rijk verblijven.
- Organieke wet van 08 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn. - Vorm geldig in het Waals Gewest.
- Fédération Wallonie-Bruxelles, « Déclaration de politique communautaire », 2019-2024, p.21.

2. Analyses

A. Teksten in Nederlands / Frans

- Agentschap zorg en gezondheid, « **Eindrapport symposium seksuele gezondheid** », februari 2019, 173 p., <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Eindrapport%20Symposium%20Seksuele%20Gezondheid.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Etat des lieux de l'avortement en Europe** », juni 2019, 16 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2019/07/avortement-en-europe-2019.pdf>.
- Centre d'action laïque, « **Sondage d'opinion sur l'interruption volontaire de grossesse en Belgique** », april 2018, 24 p., <https://www.laicite.be/app/uploads/2018/04/sondage-IVG-FR-avril-2018.pdf>
- Centre d'action laïque, « **Même poids, deux mesures** », september 2018, <https://www.laicite.be/magazine-article/meme-poids-deux-mesures/>
- Crisp, Bérangère Marquès-Pereira, « **L'avortement dans l'Union européenne. Acteurs, enjeux et discours** », 2021, 281 pages, <http://www.crisp.be/librairie/catalogue/2045-avortement-union-europeenne-acteurs-enjeux-discours-9782870752524.html>
- Dr. Catherine Blanpain – Santé mentale en contexte social, 2012, « **Ces médecins funambules – réflexions sur le vécu, les émotions et les besoins des médecins généralistes pratiquant des avortements dans les centres de planning familial à Bruxelles et en Wallonie.** », 2012, 47 p.

- Europe 1, « **Violences conjugales : “au moment de la grossesse, cela s’accroît”** », <https://www.europe1.fr/societe/violences-conjugales-au-moment-de-la-grossesse-cela-saccroît-3908112>
- FARA / SENSOA, Silke Brants, Katrien Vermeire, « **Tienerzwangerschappen in België 2010-2017** », 2020.
<https://assets.fara.be/attachment/20113b50ba53ab847bed691614a9ecb7.pdf>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Femmes et contraception, quel véritable choix** », 2013,
<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/09/Analyse2013-FemmesEtContraception.pdf>
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Analyse FPS 2015 « 25 ans de la loi IVG en Belgique : Enjeux actuels et perspectives d’avenir** », 2015, 11 p.,
<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-25-ans-loi-IVG.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **La stigmatisation de l’avortement** », 2015, 10 p. <http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-La-stigmatisation-de-lavortement.pdf>.
- Femmes prévoyantes socialistes, « **Attribuer un statut au fœtus, une menace pour le droit à l’IVG** », 2015, 12 p.,
<http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2017/02/Analyse2015-statut-foetus.pdf>.
- Fonds des Nations-Unies pour la population, « **Femmes et jeunes en situation de handicap – Guide relatif à la fourniture de services fondés sur les droits et sensibles au genre en matière de violence fondée sur le genre et de santé et droits sexuels et reproductifs** », novembre 2018, 204 p.,
- Institut pour l’égalité des femmes et des hommes – H.Van Hove - « **Grossesses au travail – expériences de candidates, employées et de travailleuses indépendantes en Belgique** », 2017, 150 p., https://igvm-iefh.belgium.be/sites/default/files/107_-_grossesse_au_travail_0.pdf.
- Institut Solidaris, « **Grande enquête contraception** », https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2017/04/Contraception-2017_FINAL.pdf
- Journal des tribunaux – chronique judiciaire 2019 - Diane Bernard, Sahra Datoussard, Eugénie d’Ursel, Valérie Eloy - « **L’autonomie reproductive et les droits des femmes à l’aune de trois nouvelles lois « symboliques » : du glissement au recul ?** » volume 2019, numéro 17, p. 344-347,

- Journal Le soir, « Grand format – **Pourquoi le contraceptif pour homme pourrait (enfin) envahir la planète** », <https://plus.lesoir.be/272901/article/2020-01-14/grand-format-pourquoi-le-contraceptif-pour-homme-pourrait-enfin-envahir-la>
- La presse médicale, G. Robin, F. Marcelli et al., « **Contraception masculine** », vol. 43, n°2, 2014, pp.205-211. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0755498213008737>
- Médecins du monde – Evaluation des activités de « Médecins du monde » en matière de santé sexuelle et reproductive de mars 2018 à mars 2019 – « **Santé sexuelle et reproductive des femmes en situation de précarité à Bruxelles** », 2019, <https://medecinsdumonde.be/actualitespublications/publications/rapport-sante-sexuelle-et-reproductive-des-femmes-en-situation>
- Medimmigrant, « **L'aide médicale du CPAS (en général)** », <https://medimmigrant.be/fr/infos/intervenants-pour-le-paiement-des-soins/cpas/l-aide-medicale-du-cpas-en-general?lang=fr>
- Partenamut, « L'importance de la contraception chez les adolescentes », 12 février 2019, <https://www.partenamut.be/fr/blog-sante-et-bien-etre/articles/kidoscope-contraception-filles-jeunes>
- Planning familial, « **C'est quoi au juste la charge sexuelle ?** », février 2019, <https://www.planning-familial.org/fr/contraception/cest-quoi-au-juste-la-charge-sexuelle-354>
- Populations 2018 - Agnès Guillaume, Clémentine Rossier - « **L'avortement dans le monde, état des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences** », volume 73, pp. 255 à 322, <https://www.cairn.info/revue-population-2018-2-page-225.htm?ref=doi>
- Plateforme Abortion Right, « **Mémoire Abortion Right : Un droit à l'interruption volontaire de grossesse pour toutes les femmes** », 2019, <https://www.planningsfps.be/memorandum-abortion-right-un-droit-a-l-interruption-volontaire-de-grossesse-pour-toutes-les-femmes/>
- Plateforme EVRAS, « **Recommandations de la plateforme EVRAS pour une généralisation de l'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle en milieu scolaire** », janvier 2019, [https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations PE 21 janvier 2019 avec cosignataires.pdf](https://www.evras.be/fileadmin/user_upload/3/Recommandations_PE_21_janvier_2019_avec_cosignataires.pdf)
- Revue francophone des laboratoires, R. Mieusset, J.-C. Soufir et al., « **La contraception masculine** », vol. 43, n° 451, avril 2013, p.17

B. Teksten in Engels

- American College of Obstetricians and Gynecologists, « **Reproductive and Sexual Coercion** », 2013 Feb;121(2 Pt 1):411-5. doi: <http://10.1097/01.AOG.0000426427.79586.3b>.
https://journals.lww.com/greenjournal/Abstract/2013/02000/Committee_Opinion_No_554_Reproductive_and_Sexual.43.aspx
- American Journal of Obstetrics & Gynecology - Rose SB, Lawton BA – « **Impact of long-acting reversible contraception on return for repeat abortion** », 2012, 206 (1), <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21944222>
- Bjog.org Epidemiology – E. Garne, B. Khoshnood, M. Loane, P. Boyd, H. Dolk; EUROCAT Working Group, « **Termination of pregnancy for fetal anomaly after 23 weeks of gestation: a European register-based study** », mai 2010 117(6):660-6. doi: 10.1111/j.1471-0528.2010.02531.x.
- Center for Reproductive Rights « **Bulletin : reproductive rights developments in Europe – round – up of abortion law reform in 2018 and a preview of prospective developments in 2019** », february 2019, <https://reproductiverights.org/story/reproductive-rights-developments-europe>
- Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women - Committee on the Rights of Persons with Disabilities (joint statement),
« **Guaranteeing sexual and reproductive health and rights for all women, in particular women with disabilities** », 29 august 2018, <https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CRPD/Statements/GuaranteeingSexualReproductiveHealth.DOCX>
- European disability forum, - « **It is time to ensure the sexual and reproductive health and rights of women with disabilities** », march 2019, <http://www.edf-feph.org/newsroom/news/it-time-ensure-sexual-and-reproductive-health-and-rights-women-disabilities>
- European Parliamentary Forum for sexual and reproductive rights, « **European contraception atlas 2020** », mars 2020, <https://www.epfweb.org/european-contraception-atlas>
- Guttmacher Institute – Perspective on sexual and reproductive health – Sarah Van de Velde, Nina Van Eekert, Kristof Van Assche, Nina Sommerland, Edwin Wouters – « **Characteristics of Women Who Present for Abortion Beyond the Legal Limit in Flanders, Belgium** », 09/2019, volume 51, issue 3, pp. 175 à 183, <https://www.guttmacher.org/journals/psrh/2019/09/characteristics-women-who-present-abortion-beyond-legal-limit-flanders>

- Jama – American medical association - Sarah C. M. Roberts, Ushma D. Upadhyay, Guodong Liu, Jennifer L. Kerns, Djibril Ba, Nancy Beam, Douglas L. Leslie - « **Association of facility type with procedural-related morbidities and adverse events among patients undergoing induced abortions** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2497 à 2505, <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2685987>
- Jama – American medical association - Carolyn L. Westhoff, Anne R. Davis - « **Abortion-related adverse events by facility type reassurance from a national analysis** », 2018, volume 319, numéro 24, pp. 2481 à 2483, <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2685966>
- Jama – Network Open – T.A. Wilkinson et al. « **Cost minimization analysis of same-day long-acting reversible contraception for adolescents** », 2019;2(9):e1911063 - doi:10.1001/jamanetworkopen.2019.11063.
- Journal of pediatric & adolescent gynecology – L.F. Damle, A.C. Gohari, A.K. McEvoy, S.Y. Desale, V. Gomez-Lobo – « **Early initiation of postpartum contraception : does it decrease rapid repeat pregnancy in adolescents ?** », feb; 2015, 28 (1):57-62. doi: 10.1016/j.jpag.2014.04.005. Epub 2014 May 5.
- Journal of women's health - Natalia E. Birgisson, Qihong Zao, Gina M. Secura, Tessa Madden, Jeffrey F. Peipert - « **Préventing unintended pregnancy : the contraceptive choice project in review** », 2015, volume 24, numéro 5, pp. 349-353, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4441000>
- PLOS ONE - Morris JK, Springett AL, Greenlees R, Loane M, Addor MC, Arriola L Barisic I, Bergman JEH, Csaky-Szunyogh M, Dias C, Draper ES, Garne E, Gatt M, Khoshnood B, Klungsoyr K, Lynch C, McDonnell R, Nelen V, Neville AJ, O'Mahony M, Pierini A, Queisser-Luft A, Randrianaivo H, Rankin J, Rissmann A, Kurinczuk J, Tucker D, Verellen-Dumoulin C, Wellesley D, Dolk H. « **Trends in congenital anomalies in Europe from 1980 to 2012** », april 2018; 13(4): e0194986. doi: 10.1371/journal.pone.0194986 PMID: PMC5886482, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5886482/>
- Prenatal diagnosis – Garne E, Loane M, de Vigan C, Scarano G, de Walle H, Gillerot Y, Stoll C, Addor MC, Stone D, Gener B, Feijoo M, Mosquera-Tenreiro C, Gatt M, Queisser-Luft A, Baena N, Dolk H, « **Prenatal diagnostic procedures used in pregnancies with congenital malformations on 14 regions of Europe** », novembre 2004, pp. 908-912, <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/pd.1044>
- The new England journal of medicine – Paula H. Bednarek, Mitchell D Creinin, Matthew F. Reeves, Carrie Cwiak, Eve Espey, Jeffrey T. Jensen – « **Immediate versus Delayed IUD Insertion after Uterine Aspiration** », 2011, numéro 364, pp 2208- 2217, <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1011600>

- The new England journal of medicine – B. Winner, J.F. Peipert, et al., « **Effectiveness of long-acting reversible contraception** », (366/21), 24 mai 2012, pp. 1998-2007.
- Women enabled international – Sexual and reproductive health and rights of women and girls with disabilities, « **Forms and manifestations of SRHR violations against women and girls with disabilities** » <https://www.womenenabled.org/pdfs/Women%20Enabled%20International%20Facts%20%20Sexual%20and%20Reproductive%20Health%20and%20Rights%20of%20Women%20and%20Girls%20with%20Disabilities%20-%20ENGLISH%20-%20FINAL.pdf>
- World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research - United Nations Population Fund (UNFPA), « **Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities – WHO-UNFPA guidance note** », 2009, 84 p., ISBN: 978 92 4 159868 2, <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/9789241598682/en/>

3. Video

- Conseil économique, social et environnemental – Véronique Séhier - « **Droits sexuels et reproductifs en Europe : entre menaces et progrès** », novembre 2019, <https://www.lecese.fr/content/seance-pleniere-1211-14h30-droits-sexuels-et-reproductifs-en-europe-entre-menaces-et-progres>

4. Brochures

- Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes, « **L'avortement : mon corps, mon choix, ma liberté** », 26 p. <https://www.planningsfps.be/product/brochure-lavortement-mon-corps-mon-choix-ma-liberte/>
- Femmes Plurielles (magazine des FPS), « **Interruption volontaire de grossesse : l'hypocrisie de la loi** », maart 2019, p.12, http://www.femmesprevoyantes.be/wp-content/uploads/2019/03/Femmes-plurielle_Mars2019.pdf
- Family Violence Prevention Fund - L. Chamberlain, R. Levenson, « **Reproductive health and partner violence guidelines: an integrated response to intimate partner violence and reproductive coercion** », 2010, https://www.futureswithoutviolence.org/userfiles/file/HealthCare/Repro_Guide.pdf

5. Internetsites

- www.jeveuxavorter.be www.planningsfps.be : Fédération des centres de planning familial des FPS (femmes prévoyantes socialistes)
- www.gacehpa.be : Groupe d'action des Centres Extra-Hospitaliers pratiquant l'Avortement ; les centres du GACEHPA sont membres de la Fédération laïque des Centres de Planning Familial FLCPF.
- www.planningfamilial.net : Fédération laïque de centres de planning familial.
- www.abortus.be : Nederlandstalige abortuscentra: Luna en VUB – Dilemma.
- www.catholicsforchoice.org
- www.igj.nl/documenten/rapporten/2019/02/07/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-wafz-2017 : Jaarrapportage Wet Afbreking Zwangerschap (Wafz) 2017 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar werden verricht.
- www.igj.nl/publicaties/rapporten/2020/02/06/jaarrapportage-wet-afbreking-zwangerschap-2018 : jaarrapportage Wet afbreking zwangerschap (Wafz) 2018 voor Nederland (jaarlijks brengt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) verslag uit over de zwangerschapsafbrekingen (tot 24 weken), die in het voorafgaande jaar werden verricht.
- www.ippf.org : International planned parenthood federation
- www.contraceptioninfo.eu
- www.zanzu.be
- www.cpib.be - centre belge d'information pharmacothérapeutique
- www.medimmigrant.be
- <https://ivg.gouv.fr/> : site du gouvernement français dédié aux IVG
<http://www.loveattitude.be/grossesse-et-avortement>

6. Sectorgericht

- Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF) – Fédération pluraliste des centres de planning familial (FCPPF) – Fédération des centres de planning familial des femmes prévoyantes socialistes (FCPF – FPS) – Fédération des centres de planning et de consultation (FCPC) – Groupe

d'action des centres extra-hospitalier pratiquant l'avortement (GACEHPA),
« **Interruption volontaire de grossesse : pour un réel droit des femmes à disposer de leur corps** », mars 2019, 2 p. <https://fcpc.be/wp-content/uploads/2019/03/Revendications-dossier-interruption-volontaire-de-grossesse-Note-sectorielle-Centres-de-Planning-familial-2.pdf>

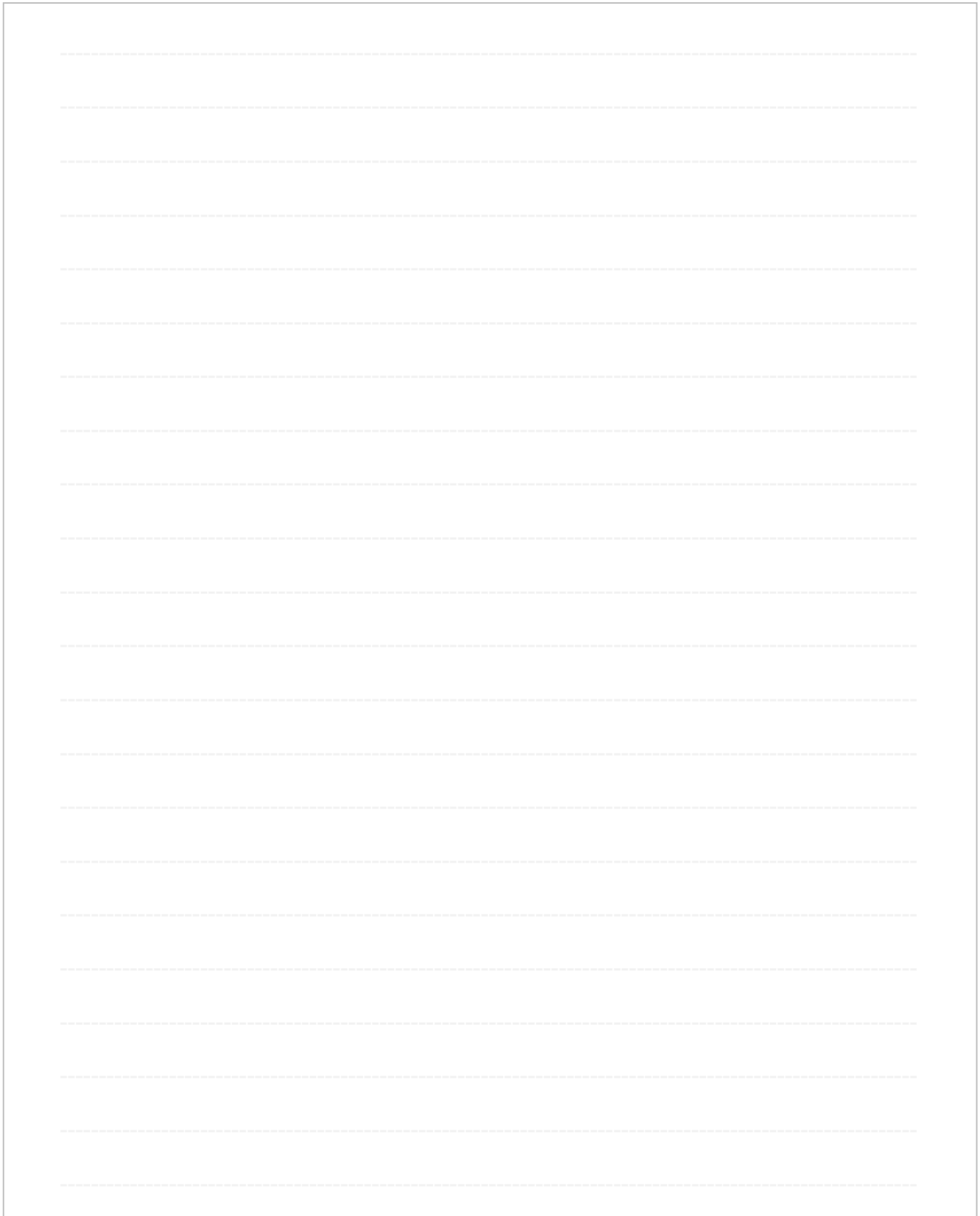
7. Stastistieken

- Contraceptioninfo.eu, « **Contraception Atlas** », février 2019. https://www.contraceptioninfo.eu/sites/contraceptioninfo.eu/files/map_cci_-english_english_v9-web.pdf
- Rapport de la Commission nationale d'Evaluation des interruptions de grossesse portant sur les années 2010 et 2011, août 2012, 89p. <https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/2012-ivg-rapport-bisannuel>
- Perspective monde (Ecole de politique appliquée, Faculté des lettres et sciences humaines, Université de Sherbrooke, Quebec, Canada), « **Pyramides des âges en Belgique – 2015** », 2015 <http://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMPagePyramide?codePays=BEL>
- Carine Vrancken, « **Abortuscijfer in België** », januari 2020.

8. Eindwerken

- Marion Barbier - Delfosse, « **La législation relative à l'interruption volontaire de grossesse : un compromis parmi d'autres ? – Extension des délais, jusqu'où oeut-on aller ?** », Bruxelles (Université Libre de Bruxelles), 2017, 52 p.
- Charlotte Lenz, « **La sortie de l'interruption volontaire de grossesse du code pénal, une réelle avancée pour les droits des femmes ?** », Louvain–La–Neuve (Université Catholique de Louvain), 2019, 87 p Juliette Polus, *Interruption volontaire de grossesse: comment garantir l'équilibre entre l'effectivité des droits du patient et la liberté de conscience du médecin?*, FACULTE DE DROIT ET DE CRIMINOLOGIE DE L'UNIVERSITE LIBRE DE BRUXELLES, MASTER EN DROIT CIVIL ET PENAL –ANNEE ACADEMIQUE 2019-2020

Notities

A large rectangular area with horizontal dashed lines, intended for taking notes. The lines are evenly spaced and run across the width of the box.

Nationale commissie voor de evaluatie
van de wet van 15 oktober 2018
betreffende de zwangerschapsafbreking

Secretariaat

FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu

Lokaal 07C 034 (7^{de} verdieping)

Victor Hortaplein 40, bus 10 – 1060 Brussel

Tel.: 02/524 92.60/59

<https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking>
