

## Beschouwing

# De beslissing tot abortus in Vlaanderen: het maatschappelijke, relationele en individuele verhaal

Joke Vandamme<sup>1</sup>, Ann Buysse<sup>1</sup>, Guy T'Sjoen<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Vakgroep Experimenteel-Klinische en Gezondheidspsychologie, Universiteit Gent

<sup>2</sup>Vakgroep Inwendige Ziekten, Universiteit Gent

<sup>3</sup>Klinisch Centrum voor seksuologie en gender, Universitair Ziekenhuis Gent

---

### Samenvatting

Abortus wordt heel vaak bestudeerd vanuit een éézijdig discours. Zo richten sociologen, politicologen en antropologen zich bijvoorbeeld vaak op de analyse van heersende normen, waarden en wetgevingen inzake abortus, houden de psychologen zich voornamelijk bezig met de studie van vrouwen naar hun individueel emotioneel welzijn voor en na een abortus, en gaat de aandacht van artsen voornamelijk naar de studie van de beste abortustechnieken. In de huidige analyse van de beslissing tot abortus, wordt vertrokken vanuit een systemisch-contextueel perspectief op het thema. In dat perspectief is er aandacht voor de verschillende niveaus waarop een dergelijke beslissing zich afspeelt: het maatschappelijke en groepsniveau (wie wordt ongepland zwanger en beslist tot abortus en waarom?), het vaak vergeten relationele en interpersoonlijke niveau (wie is nog bij deze beslissing betrokken en hoe spelen die een rol?) en tenslotte het individuele en intrapersonlijke niveau (hoe ervaart de vrouw het besluitvormingsproces zelf?). Aan de hand van vijf empirische studies uit het doctoraat van de auteur (Vandamme, 2017) wordt een antwoord geboden op resterende onderzoeksvragen op elk van die drie niveaus. Voor het doctoraat werd een algemene populatiestudie over seksuele en reproductieve gezondheid bij mannen en vrouwen woonachtig te Vlaanderen (Sexpert, 2013), gecombineerd met specifieke vragenlijststudies bij vrouwen die opteerden voor een abortus en bij de abortus betrokken partners. De resultaten werpen een blik op de complexiteit van dit thema en vertellen drie verschillende verhalen.

---

### Achtergrond

*Abortus op het kruispunt van verschillende disciplines*

Geïnduceerde zwangerschapsafbreking of abortus is wereldwijd een fel bediscussieerd thema. Hoewel de uitvoering ervan reeds beschreven werd in de Middeleeuwen, laaien de discussies over abortus vandaag de dag nog steeds hoog op. Zo besliste de Amerikaans President Donald Trump recent om de geldkraan dicht te draaien voor organisaties die buiten de Verenigde Staten abortushulpverlening ondersteunen<sup>1</sup>, met massaal internationaal protest tot gevolg. En de conservatieve regering in Spanje legde

een tijd geleden een nieuwe, restrictievere abortuswet voor waarbij abortus enkel nog zou worden toegelaten in geval van ernstige gezondheidsrisico's en verkrachting; een voorstel dat opnieuw streng werd veroordeeld door linkse politieke partijen, pro choice-organisaties en vrouwenrechtenactivisten. Tot vandaag zien we grote verschillen tussen landen inzake hoe abortus wettelijk geregeld wordt, gaande van een totaal verbod tot wettelijk toegelaten onder bepaalde voorwaarden (Pinter et al., 2005; Sedgh, Singh, Henshaw, & Bankole, 2012). Maar zelfs in landen waar abortus reeds jarenlang is gelegaliseerd, is het gevecht om het *morele recht* van vrouwen op abortus vaak nog aan de gang (Furedi, 2016; Løkeland, 2004). Vrouwen ervaren dan ook regelmatig de psychische effecten van het stigma dat op abortus rust (waarbij een vrouw bv. geacht wordt om zich 'goed' te kunnen verantwoorden), met gevoelens van schuld en schaamte tot gevolg

---

Dr. J. Vandamme, klinisch psycholoog, wetenschappelijk medewerker  
 Prof. dr. A. Buysse, klinisch psycholoog, gewoon hoogleraar  
 Prof. dr. G. T'Sjoen, endocrinoloog, hoogleraar  
 Correspondentie: Dr. Joke Vandamme, E: jokel.vandamme@ugent.be

Ontvangen: 2 juli 2017; Geaccepteerd: 10 oktober 2017

---

<sup>1</sup> Voor een overzicht van die zogenaamde "Global Gag Rule", zie Singh & Karim (2017).

(Hanschmidt, Linde, Hilbert, Riedel-Heller, & Kersting, 2016). Morele dilemma's doorkruisen dan ook vaak de medische discussies omtrent abortus (zoals de vraag naar het toestaan van medicamenteuze abortus in sommige landen) of de politieke discussies omtrent het thema (zoals het weghalen van de abortuswetgeving uit het strafwetboek).

#### *Abortus in België en Vlaanderen*

Per jaar worden in België iets meer dan 19.000 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd (SENSOA, 2011). Een abortus 'op aanvraag' is er wettelijk toegestaan tot 12 weken zwangerschap. Deze moet uitgevoerd worden in een multidisciplinaire instelling met een voorlichtingsdienst. Verder voorziet de Belgische wet een verplichte wachttijd van zes dagen tussen het eerste gesprek en de uiteindelijke uitvoering van de abortus. In Vlaanderen worden de meerderheid van de abortussen uitgevoerd in één van de vijf gespecialiseerde LUNA abortuscentra (SENSOA, 2011). De kostprijs van de procedure is iets meer dan drie euro voor wie aangesloten is bij een ziekenfonds.

Dat België in veilige, legale en toegankelijke abortushulpverlening voorziet, is deel van een ruimer verhaal van seksuele en reproductieve rechten zoals gedefinieerd door de Wereldgezondheidsorganisatie (World Health Organization, 2015). Dit betreft het recht om goed geïnformeerd te worden over en toegang te hebben tot effectieve contraceptie en abortusmethodes enerzijds en hulpverleningsdiensten die instaan voor zwangerschapsgerelateerde zorg anderzijds.

#### *Het wetenschappelijk onderzoek naar abortus in vier vragen*

Het wetenschappelijk onderzoek naar abortus kan worden samengevat in de volgende vier vragen: (1) "Veroorzaakt een abortus psychische schade?", (2) "Wie loopt een risico op het meemaken van een abortus?", (3) "Is abortus veilig en verantwoord?", en (4) "Waarom en op welke manier beslissen vrouwen om een zwangerschapsafbreking te laten uitvoeren?"

Onderzoekers zijn het in grote mate eens over de volgende vier beweringen.

(1) Hoewel het effect van een abortus op het mentaal welzijn van vrouwen niet experimenteel kan worden nagegaan, is een éénmalige eerste trimester<sup>2</sup> zwangerschapsafbreking, op lange termijn niet geassocieerd met een hoger risico op mentale problemen, in vergelijking met het uitdragen van een ongewenste zwangerschap (Major et al., 2009; van Ditzhuijzen, ten Have, de Graaf, van Nijnatten, & Vollebergh, 2017). Er is vaak wel tijdelijke emotionele onrust (Bradshaw & Slade, 2003).

(2) De verschillende factoren die leiden tot een geïnduceerde zwangerschapsafbreking maken deel uit van een complex proces. Dat proces start bij het hebben van niet volledig beschermde seks (maar niet altijd want effectieve anticonceptie kan ook falen), gaat over naar het ontdekken van een onbedoelde zwangerschap, loopt verder in de evaluatie van de wens tot kinderen en eindigt in het beslissen over de uitkomst van de onbedoelde zwangerschap. In elke stap van dat proces zijn andere risicofactoren en determinanten aan het werk (Rossier, Michelot, Bajos, & the COCON group, 2007). Zo blijken een lager opleidingsniveau en het hebben van een vaste relatie risicofactoren te zijn voor het meemaken van een onbedoelde zwangerschap, maar kiezen juist de hoger opgeleiden en diegenen in niet-vaste relaties vaker voor een abortus op het moment dat zij onbedoeld zwanger zijn.

(3) Wanneer een abortus in hygiënische omstandigheden en door een arts met ervaring in zwangerschapsafbreking wordt uitgevoerd, is het een veilige ingreep waar vrouwen zeer tevreden over zijn, op voorwaarde dat ze op een respectvolle manier ondersteund en begeleid worden (Makenzius, Tydén, Darj, & Larsson, 2012; Zapka, Lemon, Peterson, Palmer, & Goldman, 2001).

(4) De belangrijkste redenen van vrouwen om een abortus te laten uitvoeren zijn met name pragmatisch, zoals het willen afmaken van een opleiding, het zorg willen kunnen dragen voor andere kinderen of financiële barrières (Lie, Robson, & May, 2008). Deze redenen zijn terug te brengen tot de wens om een goede ouder te zijn, en dit op het juiste tijdstip en met de juiste partner (Kirkman, Rowe, Hardiman, & Rosenthal, 2011). Vrouwen verschillen wel van elkaar in de snelheid waarmee ze de beslissing tot zwangerschapsafbreking nemen en ook gevoelens van onzekerheid kunnen variëren (Rowlands, 2008).

#### **De beslissing tot abortus: een contextuele benadering**

##### *Een systemisch-dialectisch model – de rol van context*

Gebaseerd op het contextuele model van sociale complexiteit van Robert Hinde (1977), kan het proces en de uitkomst van de beslissing tot abortus, bestudeerd worden als het resultaat van de interactie tussen processen op het maatschappelijk- en groepsniveau, het relationeel en interpersoonlijk niveau en het individueel en intra-persoonlijk niveau. Op de twee hoogste niveaus bevinden zich dan contextfactoren als wetgeving en cultuur en distale, sociodemografische kenmerken van vrouwen zoals leeftijd of socio-economische status. Dit zijn de niveaus waarop sociologische studies naar abortus zich vooral bevinden gezien daar de focus ligt op de verschillen

<sup>2</sup> We focussen ons op eerste trimester zwangerschapsafbrekingen (abortus op 'aanvraag' ten gevolge van een ongewenste zwangerschap). Tweede trimester zwangerschapsafbrekingen om medische redenen (bv. omwille van foetale afwijkingen) worden hier buiten beschouwing gelaten.

tussen groepen van vrouwen. Op het tussenliggende, relationeel en interpersoonlijk niveau bevinden zich meer proximale zaken als sociale steun, invloed van en communicatie met anderen over de onbedoelde zwangerschap. Dit is een weinig bestudeerd niveau. Op het laagste niveau tenslotte zijn er de individuele en unieke gevoelens, gedachten, attitudes en overtuigingen van de betrokken vrouw. Op dit niveau bevindt zich voornamelijk de psychologische studie naar abortus. Deze wordt gedomineerd door onderzoek naar het emotioneel welzijn van vrouwen die beslissen tot abortus. De drie beschreven niveaus staan in constante wisselwerking met elkaar. Zo zal een vrouw haar individueel emotioneel welzijn voor en na de abortus deels laten afhangen van de al dan niet aanwezige steun van belangrijke anderen (Kimport, Foster, & Weitz, 2011) en zal de maatschappelijke kijk op abortus mede bepalen of een vrouw met belangrijke anderen zal spreken over haar beslissing of niet (zie bv. Astbury-Ward, Parry, & Carnwell, 2012). We belichten de verschillende tekortkomingen in huidig onderzoek naar de beslissing tot abortus op elk van die drie breed geformuleerde niveaus.

#### *De hiaten in huidig onderzoek naar de beslissing tot abortus*

Op groepsniveau missen we specifiek voor Vlaanderen beschrijvende informatie over de verhouding van het aantal beslissingen tot abortus op een representatieve groep (onbedoelde) zwangerschappen. In het bijzonder missen we informatie hierover in bepaalde etnische minderheidsgroepen zoals mannen en vrouwen van Turkse en Marokkaanse oorsprong. Deze laatste werden in het verleden immers aangeduid als kwetsbaar op vlak van reproductieve gezondheidsthema's (zie bijvoorbeeld Levecque et al., 2006). Er is, zeker in Vlaanderen, nood aan een analyse van de vraag wat die gekende kwetsbaarheid precies veroorzaakt: sociodemografische kwetsbaarheden zoals lagere opleidings- of inkomensniveaus of eerder verschillen in algemene culturele normen en waarden inzake fertiliteit en ouderschap. Op interpersoonlijk niveau missen we diepgaand onderzoek naar de effectieve rol, invloed en beslissingservaringen van de mannelijke partner die bij de onbedoelde zwangerschap betrokken was. Zowel historische als praktische redenen liggen aan de basis van die afwezigheid van mannen in het huidige abortusonderzoek (Greene & Biddlecom, 2000). Onderzoek naar hun rol en ervaringen is echter noodzakelijk in het licht van de relationele realiteit waarin veel vrouwen die opteren tot abortus zich bevinden. Ten slotte, op intra-persoonlijk niveau, missen we onderzoek naar de aanwezigheid en het effect van tegenstrijdige gedachten in de beslissing

tot abortus en dit bij zowel de vrouwen als de betrokken mannelijke partners. Verder missen we ook onderzoek naar de rol van counseling hierin. Bestaand onderzoek focuste zich voornamelijk op de hoge zekerheid van vrouwen op het moment dat ze het abortuscentrum binnenstappen (zie bv. Brown, 2013). Daarom hebben onderzoekers het nut van standaard counseling betwijfeld. De vraag naar de aanwezigheid van tegenstrijdige gedachten werd daarom vaak als irrelevant beschouwd. In wat volgt wordt een overzicht gegeven van de resultaten van vijf verschillende empirische studies die getracht hebben een antwoord te bieden op deze drie hiaten in de huidige literatuur<sup>3</sup>.

#### *Het maatschappelijke verhaal - Een Vlaamse populatiestudie*

Een representatieve steekproef van 909 mannen en 916 vrouwen werd at random uit het Vlaamse bevolkingsregister geselecteerd. Participanten werden thuis bevraagd over hun seksuele en reproductieve gezondheid aan de hand van een computer geassisteerde interviewtechniek. Respondenten werd daarbij onder andere gevraagd om te rapporteren over alle zwangerschappen die ze ooit hadden meegemaakt. 706 participanten hadden reeds minimaal één ervaring met een zwangerschap. In deze groep gingen we de prevalentie van onbedoelde (i.e. ongeplande en/of ongewenste) zwangerschappen alsook de prevalentie van geïnduceerde zwangerschapsafbrekingen in geval van een ongeplande of ongewenste zwangerschap na. Daarbovenop bevroegen we ook een representatieve groep Vlamingen van Turkse oorsprong (een van de grootste etnische minderheidsgroepen in deze regio). Van hen hadden er reeds 162 ervaring met een zwangerschap. We gingen na of zij kwetsbaar zijn voor het niet bereiken van bepaalde doelen inzake geboorteregeling. De resultaten toonden eerst en vooral aan dat ongeplande zwangerschappen relatief vaak voorkomen (22.1% van de zwangerschappen) in de algemene bevolking, ondanks de reeds decennia lang vlotte beschikbaarheid van effectieve anticonceptie in Vlaanderen. De resultaten betreffende de prevalentie van ongeplande zwangerschappen en abortus in de groep Vlamingen van Turkse oorsprong wezen uit dat het belangrijk is om rekening te houden met het gegeven dat mannen en vrouwen van Turkse oorsprong over het algemeen meer kinderen hebben, dit vaker op een jongere leeftijd, en na aanvang van een huwelijk. Daarnaast is het belangrijk om in acht te nemen dat zij vaker een lager opleidingsniveau hebben dan de mannen en vrouwen van autochtone oorsprong. Wanneer rekening werd gehouden met deze contextuele verschillen, leek het percentage ongeplande zwangerschappen in deze groep (29.6%)

<sup>3</sup> Voor een volledig overzicht van het doctoraat, zie <https://biblio.ugent.be/publication/8520620>

gelijk te lopen aan dat in de algemene populatie. Echter, in beide groepen was een lager opleidingsniveau geassocieerd met een hoger risico op een ongeplande zwangerschap. Deze bevinding wordt bevestigd door voorgaand internationaal onderzoek (Wellings et al., 2013). We pleiten er dus voor dat beleidsmakers zich bovenop de huidige inspanningen zouden moeten richten op het weghalen van de verschillende barrières waarmee specifiek de lager opgeleiden in Vlaanderen geconfronteerd worden inzake gezinsplanning. Ook werd een onbedoelde zwangerschap even vaak als ongewenst beschouwd in de groep Vlamingen van Turkse oorsprong en in de algemene populatie, maar het aantal zwangerschapsafbrekingen in geval van een ongewenste zwangerschap lag wel hoger in de algemene populatie (28.7% vs. 6.4%). Meer conservatieve sociale normen inzake moederschap en de daaraan gekoppelde rol van stigma's op abortus kunnen een rol spelen in de lagere rapportage van abortussen in de allochtone Turkse groep. Tegelijk is er mogelijk ook een rol voor stigma in de onderrapportage van geïnduceerde zwangerschapsafbrekingen in de algemene Vlaamse populatie. Het zelf gerapporteerde aantal lag namelijk lager dan wat we volgens de officiële abortuscijfers verwachtten. Het wegwerken van dit stigma zou een belangrijke taak voor het beleid moeten zijn. Tot slot, ondanks de verschillen tussen de twee groepen inzake het gemiddelde aantal en de gemiddelde leeftijd van zwangerschappen, kwamen ongeplande zwangerschappen en abortussen voor gedurende dezelfde fases in het leven. Zwangerschappen waren in beide groepen vaker ongepland en eindigden vaker in abortus op jongere, maar ook oudere leeftijd, in minder stabiele relaties en op het moment dat er al veel kinderen in het gezin aanwezig waren. Deze determinanten werden ook al eerder terug gevonden (Bankole, Singh, & Haas, 1998). Abortuscijfers vergelijken over de tijd, regio's of groepen van vrouwen heen is, gezien de impact van unieke levensfasen binnen het leven van éénzelfde vrouw en gezien de veelheid aan determinanten van hoge abortuscijfers, dan ook weinig zinvol.

#### *Het relationele verhaal - De rol en ervaring van de mannelijke partners*

In een steekproef van 173 vrouwen die opteerden voor een zwangerschapsafbreking en hiervoor beroep deden op één van de vijf Vlaamse abortuscentra, werd aan de hand van een online vragenlijst de effectieve rol van mannelijke partners in de beslissing tot abortus nagegaan. Ook het type, de duurtijd en de kwaliteit van de relatie tussen de partners werd bevraagd. We bevroegen eveneens de tevredenheid van beide partners met hun eigen rol en die van de betrokken partner. Resultaten lieten, in lijn met het kwalitatief onderzoek van Reich and Brindis (2006), de grote verscheidenheid zien in de mate waarin mannelijke partners betrokken worden in het beslissingsproces.

Deze gaat van totaal uitgesloten worden (24.4%) tot enkel geconsulteerd te worden door de vrouw die beslist (23.3%) tot samen beslissen (44.3%) of zelfs de leiding nemen in de beslissing (8%). Vrouwen in niet-romantische of kortdurende romantische relaties waren minder geneigd om de partner te betrekken in de beslissing. Hoe meer de vrouw de relatie met hem ook als positief, veilig en belangrijk beschouwde, hoe groter de kans dat hij betrokken werd in het beslissingsproces. Hoewel een dergelijk gezamenlijk beslissingsproces over de zwangerschap er vaker voor zorgde dat de partners een gedeelde keuze voor abortus maken, betekende een evenwaardige deelname van de man in het beslissingsproces niet noodzakelijk dat de beslissing tot abortus ook even sterk *zijn* keuze was. Een volledig gedeelde keuze voor abortus gebeurde in 62.5% van de gevallen en kwam het vaakst voor in langdurige (> 5 jaar) of juist kortdurende (< 1 jaar) relaties. Omgekeerd betekende een *afwezigheid* van de man in het proces van beslissen, niet noodzakelijk dat de keuze voor abortus helemaal *niet* zijn keuze was of zou zijn. Samengevat: het aandeel van de mannelijke partner in de beslissing tot abortus kan verschillende niveaus betreffen en hangt gedeeltelijk af van de aard van de relatie met de zwangere vrouw.

Daarnaast waren vrouwen in het algemeen zeer tevreden met de gehanteerde rolverdeling, behalve wanneer de mannelijke partner een grotere rol speelde in het beslissingsproces, of in de uitkomst van de beslissing, dan zij zelf. Een gelijkaardige tendens zien we in een steekproef van betrokken mannelijke partners ( $N = 52$ ). De tevredenheidsscores lagen ook bij hen over het algemeen hoog, zelfs wanneer zij niet de leidende rol in de beslissing hadden. Soms willen mannen dus *zél*f dat de vrouw het voortouw neemt in de beslissing. Gezien de hoge tevredenheidsscores lijken professionele tussenkomsten in dit relationeel proces dus eerder onnodig.

Opmerkelijk is wel dat wanneer mannen de overheersende rol kregen in de uitkomst van de beslissing, zij veel minder tevreden waren met hoe het beslissingsproces is gelopen. Mogelijk ervaren deze mannen een discrepantie tussen de heersende maatschappelijke verwachtingen over wie hoort te beslissen (de vrouw) en hoe zij het zelf hebben ervaren. Verder kunnen we uit de lagere tevredenheid over de rol van de mannelijke partner (in vergelijking met de tevredenheid over de rol van de zwangere vrouw), ook de soms moeilijke positie van mannelijke partners in de abortushulpverlening afleiden.

In een andere studie onderzochten we bij zowel de vrouwen die opteren voor een abortus als de betrokken mannelijke partners, de gevoelens van beslissingsautonomie, m.n. hoeveel persoonlijke en externe redenen beiden gaven voor de zwangerschapsafbreking. Ook bevroegen we bij beiden hun gevoelens van onzekerheid ten aanzien van de beslissing tot abortus. In een relatief grote steekproef

van 106 koppels die zich aanmeldde in één van de vijf Vlaamse abortuscentra gingen we na of de ervaringen van de vrouwen gerelateerd waren aan de actuele beslissingservaringen van de betrokken mannelijke partners. De resultaten tonen aan dat vrouwen gemiddeld gezien meer persoonlijke motieven hadden voor de zwangerschapsafbreking dan de betrokken mannelijke partners. Meer persoonlijke motieven hebben voor de abortus ging ook samen met minder onzekerheid over de abortus bij de vrouwen maar niet bij de mannelijke partners. De beslissingservaringen van beide partners liepen echter grotendeels gelijk. Zo hadden ook de mannen voornamelijk persoonlijke redenen om voor de abortus te gaan en was de externe druk om tot abortus te beslissen eerder laag. Dit wil zeggen dat, ook voor mannen, de eigen wens om op het gepaste tijdstip in goed ouderschap te voorzien, één van de belangrijkste redenen voor de beslissing tot abortus was (zie ook Kero, Lalos, Högberg, & Jacobsson, 1999). De gevoelens van onzekerheid ten aanzien van de beslissing tot abortus hing bij beide partners deels af van hun eigen algemene beslissingsvaardigheden (een intra-persoonlijk proces), maar ook van hoe (on)zeker de partner was over de abortus. Voor partners die samenwonen, leken de niveaus van onzekerheid meer op elkaar dan voor partners die apart wonen, wat opnieuw de rol van de relationele context toont. Ook is het zo dat de onzekerheid van beide partners over de abortus samenhangt met hoe autonoom de andere partner zich voelde in de genomen beslissing. Wanneer de ene partner bv. veel externe druk voelde om te beslissen tot abortus, kon de andere partner zich ook onzeker gaan voelen over de abortus. Gezien de aangetoonde wederzijdse afhankelijkheid tussen partners pleiten we voor het bespreken van de rol van mannelijke partners in de beslissing tot abortus, tijdens de counseling gesprekken voorafgaand aan de abortus.

#### *Het individuele verhaal - Tegenstrijdige gedachten en counseling*

In een andere deelstudie werd aan dezelfde groep van vrouwen en betrokken mannelijke partners die opteerden voor een abortus ( $N = 176$  en  $52$ ) gevraagd naar de aanwezigheid van momenten van denken aan het uitdragen van de zwangerschap. Deze vraag werd zowel een aantal dagen vóór als twee weken na de uitvoering van de afbreking gesteld. Deze gedachten omtrent de optie 'uitdragen' werd voor beide partners apart geanalyseerd aan de hand van conventionele inhoudsanalyse. Daarnaast werd het verband met persoonlijke en socio-demografische factoren nagegaan en werd bestudeerd of de aanwezigheid van dergelijke gedachten geassocieerd is met het niveau van emotionele onrust zowel voor als na de abortus. De resultaten in de vragenlijst voorafgaand aan de abortus lieten zien dat 61.3% van de vrouwen die opteerden voor een abortus en 46.2% van de betrokken mannelijke partners aangaven minstens

één keer zo'n gedachte te hebben gehad (het verschil is niet significant). Echter, de frequentie waarmee deze gedachten zich voordeden was eerder laag, met slechts een kleine minderheid van de vrouwen en mannelijke partners die rapporteerden méér dan twee zo'n keer zo'n gedachten te hebben gehad. Deze gedachten aan het uitdragen van de zwangerschap waren daarnaast vaker aanwezig bij vrouwen met een hoger opleidingsniveau en bij vrouwen die het in het algemeen moeilijker hebben met het nemen van beslissingen. Gezien deze gedachten op zich geen voorspeller waren van meer emotionele onrust (noch vóór, noch na de abortus), kan de aanwezigheid van dit soort tegenstrijdige gedachten als even adaptief worden beschouwd als de afwezigheid ervan. De inhoudelijke analyse toonde aan dat deze gedachten aan het uitdragen van de zwangerschap onderdeel waren van een rigoureuze denkproces. Vrouwen en de betrokken partners anticipeerden bijvoorbeeld op een toekomstige kindwens, hielden rekening met de (kinder)wens van belangrijke anderen, zochten naar oplossingen voor praktische barrières voor het ouderschap of dachten na over de spirituele of religieuze betekenis van het zwanger zijn. Deze gedachten waren dus *an sich* niet 'schadelijk'. De emotionele onrust was in het algemeen bij de vrouwen groter dan bij de betrokken mannelijke partners. Voor beide partners keerde die onrust na de abortus echter terug tot niveaus die we ook bij de gemiddelde man of vrouw kunnen verwachten. Vrouwen die echter na de abortus herinneringen konden ophalen aan momenten waarop ze dachten aan het uitdragen van de zwangerschap, voelden zich emotioneel onrustiger. Dit toont duidelijk de adaptieve rol aan van zich kunnen afsluiten van gedachten aan de andere optie dan een abortus, eens de abortus is uitgevoerd.

In een laatste studie werd een steekproef van 971 vrouwen gerekruteerd die vroegen om een abortus in één van de vijf Vlaamse abortuscentra. In deze studie werd aan de hand van een pre-post-vragenlijst gepeild naar de percepties op het in Vlaanderen verplichte counselinggesprek voorafgaand aan de abortus. De inhoud van deze gesprekken werd bevraagd en er werd bestudeerd in welke mate de inhoud van die gesprekken varieert naargelang de persoonlijke noden en kenmerken. Tegelijk werden vrouwen in de post-counseling vragenlijst gevraagd om hun tevredenheid over dit gesprek te rapporteren. Resultaten toonden een initiële aarzeling ten opzichte van de waarde van dit counselinggesprek. Vrouwen verschilden daarnaast in wat ze precies willen bespreken gedurende dat gesprek. De nood aan informatie over de procedure was echter bij ongeveer iedere vrouw (82%) aanwezig. De counselinggesprekken hebben een standaardinhoud, met name het bespreken van anticonceptiegebruik, het bevestigen van de beslissing tot abortus en het bespreken van eventuele bijhorende twijfels, en tenslotte, algemene informatieoverdracht

betreffende de methode tot zwangerschapsafbreking. Anderzijds is het gesprek ook aangepast aan de noden en karakteristieken van de vrouw. De tevredenheid met het gesprek, na afloop ervan, was groot (8.7 op een schaal van 0 tot 10). Vrouwen voelden zich tenslotte nóg zekerder over de beslissing tot abortus dan voorheen en ze voelden zich ook minder emotioneel onrustig. Hierbij gaan we ervan uit dat het de cliëntgerichte aanpak van het counselinggesprek was dat deze positieve evaluaties van het gesprek teweeg bracht. Op basis van deze bevindingen pleiten we voor de inclusie van een op maat gemaakt psychosociaal gesprek in standaard abortushulpverlening.

### Conclusie

Onderzoek naar de beslissing tot abortus in Vlaanderen (Vandamme, 2017) toont aan dat er voorzichtig moet worden omgesprongen met éézijdige conclusies of boodschappen over dit thema. Het onderzoek pleit dan ook voor nuance. Zo werd aangetoond dat absolute abortuscijfers weinig informatief zijn zonder dat er rekening wordt gehouden met maatschappelijke, culturele en situationele contextfactoren. Deze factoren beïnvloeden zowel de algemene kans op een onbedoelde zwangerschap als de situationele beslissing over de uitkomst van die zwangerschap. Abortuscijfers kunnen dus niet als een geïsoleerd fenomeen worden bestudeerd. Verder toonden de resultaten ook aan dat de man die betrokken is bij de onbedoelde zwangerschap verschillende rollen kan krijgen in het beslissingsproces. Wanneer hij effectief betrokken wordt, spelen ook zijn gedachten en gevoelens een rol in hoe de vrouw zich voelt bij de abortus. De rol die hij dan krijgt hangt af van het soort relatie dat hij heeft met de ongewenst zwangere vrouw. Een éénduidige wettelijk of klinisch vastgelegde rol voor deze man is dus onmogelijk, noch wenselijk. Er moet echter tenminste wel rekening worden gehouden met zijn mogelijke directe of indirecte invloed. Tenslotte verwijzen de resultaten ook naar de onoverkomelijke verschillen tussen vrouwen. De ene vrouw herinnert zich wél ooit eens aan de andere optie te hebben gedacht terwijl de andere aangeeft dit nooit te hebben gedaan. Geen van de twee opties lijkt beter dan de andere in termen van emotioneel welzijn voor of na de abortus. Counselors in de Vlaamse abortuscentra passen zich binnen het wettelijke kader dan ook aan deze verschillen aan. Op basis van onze bevindingen pleiten we onder andere voor een minder groot taboe op onbedoelde zwangerschappen, het begrijpen van de rol van mannen bij een abortus binnen een zekere relationele context en de aanwezigheid van op maat gemaakte, maar inclusieve psychosociale abortushulpverlening.

### Literatuur

- Astbury-Ward, E., Parry, O., & Carnwell, R. (2012). Stigma, abortion, and disclosure—Findings from a qualitative study. *Journal of Sexual Medicine*, 9, 3137-3147. doi:10.1111/j.1746109.2011.02604.x
- Bankole, A., Singh, S., & Haas, T. (1999). Characteristics of women with induced abortion: A worldwide review. *Family Planning Perspectives*, 25, 68-77. doi: 10.2307/2991944
- Bradshaw, Z., & Slade, M. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.001
- Brown, S. (2013). Is counselling necessary? Making the decision to have an abortion. A qualitative interview study. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 44-48. doi:10.3109/13625187.2012.750290.
- Furedi, A. (2016). *The moral case for abortion*. London, UK: Palgrave MacMillan.
- Greene, M. E., & Biddlecom, A. E. (2000). Absent and problematic men: Demographic accounts of male reproductive roles. *Population and Development Review*, 26, 81-115. doi:10.1111/j.1728-4457.2000.00081.x
- Hanschmidt, F., Linde, K., Hilbert, A., Riedel-Heller, S. G., & Kersting, A. (2016). Abortion stigma: A systematic review. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 48, 169-177. doi:10.1363/48e8516
- Hinde, R. (1997). *Relationships: a dialectical perspective*. Cambridge, UK: Psychology Press.
- Kero, A., Lalos, A., Högberg, U., & Jacobsson, L. (1999). The male partner involved in legal abortion. *Human Reproduction*, 14, 2669-2675. doi:10.1093/humrep/14.10.2669
- Kimport, K., Foster, K., & Weitz, T. A. (2011). Social sources of women's emotional difficulty after abortion: Lessons from women's abortion narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43, 103-109. doi:10.1363/4310311
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardiman, A., Mallett, S., & Rosenthal, D. (2009). Reasons women give for abortion: A review of the literature. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 365-378. doi:10.1007/s00737-009-0084-3
- Leveque, K., Lodewyckx, I., & Vandeneede, S. (2006) *Gezondheidszorg en gezondheidszorg bij allochtonen in Vlaanderen*. Steunpunt Gelijkekansenbeleid. Opgehaald van <http://www.pigmentzorg.be/sites/default/files/files/gezondheidszorg%20kifkif.pdf>
- Lie, M. L., Robson S. C., & May, C. R. (2008). Experiences of abortion: A narrative review of qualitative studies. *BMC Health Services Research*, 8. doi:10.1186/1472-6963-8-150
- Løkeland, M. (2004). Abortion: The legal right has been won, but not the moral right. *Reproductive Health Matters*, 12, 167-173. doi: 10.1016/S0968-8080(04)24016-2
- Major, B., Appelbaum, M., Beckman, L., Dutton, M. A., Russo, N. F., & West, C. (2009). Abortion and mental health: Evaluating the evidence. *American Psychologist*, 64, 863-890. doi:10.1037/a0017497
- Makenzius, M., Tydén, T., Darj, E., & Larsson, M. (2012). Women and men's satisfaction with care related to induced abortion. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17, 260-269. doi:10.3109/13625187.2012.688149
- Pinter, B., Aubeny, E., Bartfai, G., Loeber, O., Ozalp, S., & Webb, A. (2005). Accessibility and availability of abortion in six European countries. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 10, 51-58. doi:10.1080/13625180500035231
- Reich, J. A., & Brindis, C. D. (2006). Conceiving risk and responsibility: A qualitative examination of men's experiences of unintended pregnancy and abortion. *International Journal of Men's Health*, 5(2), 133-152.

- Rossier, C., Michelot, F., Bajos, N., & the COCON group. (2007). Modeling the process leading to abortion: An application to French survey data. *Studies in Family Planning*, 38, 163-72. doi:10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x
- Rowlands, S. (2008). The decision to opt for abortion. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 34, 175-180. doi:10.1111/j.1728-4465.2007.00128.x
- Sedgh, G., Singh, S., Henshaw, S.K., & Bankole, A. (2012). Induced abortion: Incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. *The Lancet*, 379, 625-632. doi:10.1016/S0140-6736(11)617868
- SENSOA. (2011). *Feiten en cijfers: Abortus in België*. Opgehaald van <http://www.sensoa.be/printpdf/494>
- Singh, J.A., & Karim, S.S.A. (2017). Trump's "global gag rule": Implications for human rights and global health. *The Lancet*, 5, 387-389. doi:10.1016/S2214-109X(17)30084-0
- Vandamme, J. (2017). *The decision to have an abortion in Flanders: A contextual approach*. [Proefschrift]. Gent: Ghent University, Faculty of Medicine and Health Sciences.
- Wellings, K., Jones, K. G., Mercer, C. H., Tanton, C., Clifton, S., Datta, J., ..., Johnson, A. M. (2013). The prevalence of unplanned pregnancy and associated factors in Britain: Findings from the third National Survey of Sexual Attitudes and Lifestyles (Natsal-3). *The Lancet*, 382, 1807-1816. doi:10.1016/S0140-6736(13)62035-8
- World Health Organization (2015). *Sexual health, human rights, and the law*. Geneva, Switzerland: WHO Press.
- Zapka, J. G., Lemon, S., Peterson, L. E., Palmer, H., & Goldman, M. B. (2001). The silent consumer: Women's reports and ratings of abortion services. *Medical Care*, 39, 50-60.

## Summary

### The decision to have an abortion in Flanders: a societal, relational, and individual story

Induced abortion has mostly been studied from one particular point of view. Hence, sociologists, political scientists and anthropologists often focus on the analysis of prevailing norms, values and laws regarding induced abortion; psychologists like to study women's individual emotional wellbeing pre- and post-abortion; and medical doctors mostly pay attention to the study of the best abortion techniques. The starting point of the current analysis of the decision to have an abortion is a systemic-contextual perspective on the issue. From that point of view, attention is being paid to the different levels at which a decision for abortion occurs: the societal and group level (who is being confronted with an unintended pregnancy; who decides to have an abortion and why?), the very often neglected relational and interpersonal level (who else is involved in this decision and how do these people play a role?) and finally the individual and intrapersonal level (how does the woman experience the decisional process herself?). By making use of five empirical studies, described in the doctoral thesis of the main author, an answer is given to remaining research questions at each of these three levels. For the purpose of the doctoral thesis, a population based survey on sexual and reproductive health, administered to men and women living in Flanders (Sexpert, 2013), was combined with specific survey studies in women opting for induced abortion and male partners involved in the abortion process. The results provide an insight into the complexity of this issue and inform the reader about three different stories.

**Keywords:** abortion, unintended pregnancy, male partner, Flanders, counseling

**Trefwoorden:** abortus, onbedoelde zwangerschap, mannelijke partner, Vlaanderen, counseling



**PsyQ** biedt specialistische behandeling voor de 10 meest voorkomende psychische aandoeningen volgens de laatste inzichten en richtlijnen. **PsyQ Zeeland is op zoek naar een**

# Seksuoloog

28 uur per week • Fwg 60/65

Je komt te werken in een betrokken en bevlogen team bestaande uit verschillende disciplines.

#### Werkzaamheden bestaan o.a. uit;

- Intakes, individuele en groepsbehandelingen
- Een goede samenwerking met huisartsen en medisch specialisten
- Zorgprogramma-overstijgende deelbehandelingen aangaande systeem en seks

#### Functie-eisen

- Je hebt een registratie als seksuoloog-NVVS of systeem-therapeut-NVRG
- Je hebt ruime werkervaring en bent in staat om zelfstandig, maar ook samen te werken

**Heb je vragen?** Neem dan contact op met de heer I. van Toor, psychiater via 088 - 357 37 57.

**Heb je interesse of wil je meer informatie over de vacature?** Ga dan naar onze website [www.parnassiagroep.nl/werken-en-leren/vacatures](http://www.parnassiagroep.nl/werken-en-leren/vacatures), vacaturenummer PSQ17114.