



**Standpunten en  
aandachtspunten  
van Fara over  
zwangerschapskeuzes**

Hoewel vrouwen en koppels voortdurend keuzes maken rond zwangerschap (over het al of niet proberen te vervullen van hun kinderwens, over het al of niet screenen), blijkt het thema van zwangerschapskeuzes vaak geen issue en krijgt het weinig aandacht in de publieke opinie. Vanuit het zelfbeschikkingsrecht wil men, goedbedoeld, de keuzevrijheid van de vrouw of het koppel waarborgen, met het risico dat men soms de vrouw of het koppel het gevoel geeft er alleen voor te staan. Of omdat men veronderstelt dat de nodige zorgomkadering – zowel medisch als psychosociaal aanwezig is. Dit is vaak inderdaad het geval, maar toch vallen sommige vrouwen uit de boot. Dit stilzwijgen loopt het risico om bepaalde taboes rond zwangerschapskeuzes en de verwerking ervan in stand te houden. Bovendien worden deze kwesties in de publieke opinie vaak weergegeven in termen van pro en contra (bv. voor of tegen abortus), met een eenzijdige focus op respectievelijk het autonome beslissingsrecht van de vrouw of het ongeboren leven.

Fara wil deze zwangerschapskeuzes echter uitdrukkelijk meer, expliciet, genuanceerd en in een bredere context bespreekbaar maken, omdat ze net 'levens'-belangrijk zijn. Vanuit onze jarenlange ervaring in de begeleiding van het beslissingsproces van vrouwen en koppels en studie rond deze thematieken, hebben wij vanuit hun beleving volgende standpunten, aandachtspunten en invalshoeken geformuleerd.

### **Ongeplande zwangerschap hoeft niet gelijk te zijn aan ongewenst kind**

Dat een zwangerschap ongepland is, hoeft niet te betekenen dat het kind ongewenst blijft. Een ongeplande zwangerschap plaatst de vrouw en haar eventuele partner voor een keuze: 'zal ik of zullen wij dit kindje houden of niet?' In eerste instantie kan dit kind dan ook ongewenst zijn, omdat het de toekomststromen of het opgebouwde leven bedreigt. Doorheen het beslissingsproces kan tijdens de zwangerschap ook blijken dat men toch naar dit kind gaat verlangen: hoewel de zwangerschap ongepland is, hoeft het kind niet ongewenst te blijven. Uit onderzoek blijkt dat één op vier zwangerschappen in Vlaanderen een ongepland ontstaan kent. Van deze ongeplande zwangerschappen is één derde ongepland maar gewenst, één derde is eerder ongewenst maar later gewenst en één derde blijft ongewenst (Sexpert, 2013).

Een kwaliteitsvol beslissingsproces waarin de hele relationele context (met inbegrip van de partner, de familiale omgeving en het ongeboren kind) ter sprake komt, kan helpen hier meer duidelijkheid in te bieden.

### **Waarom er werk moet gemaakt worden van discreet bevallen...**

Telkens lukt de vondst van een pasgeborene in de vondelingenschuif heel wat reacties uit ten aanzien van de moeder of ouder in kwestie en het initiatief als dusdanig. Ongeloof, verbazing en veroordeling typeren de reactie van buitenstaanders, maar toch ook begrip. Immers, ze staan het af 'in het belang van hun kind' in een poging het te beschermen en een nieuwe kans te geven op een betere toekomst. Wanneer deze moeder of ouder anoniem afstand willen doen van hun kindje, is de vondelingenschuif momenteel hun enige uitweg (tenzij ze de landsgrenzen willen oversteken om anoniem te bevallen). Een wet die toelaat discreet te bevallen, zou echter een goed alternatief bieden.

Vanuit de rechten van het kind om zijn roots te kennen en vanuit onze zorg naar het gemis aan zowel medische als psycho-sociale zorgen die zowel moeder als kind misten naar aanleiding van de voorafgaande bevalling op een anonieme plek, onderschrijven wij het wetsvoorstel in de Senaat over 'discreet bevallen' als alternatief. In tegenstelling tot adoptie, worden de identiteitsgegevens van de moeder niet op de geboorteakte vermeld en kan zij volledig onbekend blijven. Wel kan zij een reeks van niet-identificeerbare

gegevens (bijvoorbeeld over haar gezondheid en die van de vader, over de afstamming van het kind en de omstandigheden van zijn geboorte) ter inzage voor het kind achterlaten. In tegenstelling tot anoniem bevallen laat discreet bevallen de mogelijkheid open om op een later moment kennis te nemen van de afstamming, op initiatief van de ouder(s) en/of van het kind. Een wet die discreet bevallen mogelijk maakt, kan ons inziens dus zeker een menswaardiger alternatief zijn, zowel voor de betrokken ouders als de betrokken kinderen. Niet dat dit de ideale oplossing is, maar het kan wel een vangnet zijn voor vrouwen die op dat moment geen andere uitweg zien.

Vraag blijft waarom zij geen andere uitweg zien... Preventie blijft cruciaal, met prioritaire aandacht voor de mogelijke begeleiding en zorg voor die – vermoedelijk ongepland en ongewenst – zwangere vrouwen! Zodat we hen minstens de angst wegnemen om – desnoods anoniem – hulp te vragen en hun geheim niet alleen te moeten dragen. En de mogelijkheid geven te zoeken naar een keuze omtrent hun zwangerschap die voor hen in hun situatie de beste is. In sommige situaties zal dat discreet bevallen blijken...

### **Gepolariseerd abortusdebat helpt de vrouwen niet**

Abortus leidt als sociaal thema nog steeds geregeld tot polarisering in onze samenleving. Het ingrijpen in een mensenleven laat niemand onberoerd. Het is allesbehalve eenvoudig om hierover een eigen standpunt te ontwikkelen. Maar al te vaak botst men in de media op de steeds terugkerende wit-zwart tegenstelling: abortus moet ten alle prijze kunnen versus abortus is onder geen enkele voorwaarde aanvaardbaar...

Weinig vrouwen, maar ook mannen, die ooit voor de keuze staan, vinden een antwoord op hun persoonlijke en ethische vragen in dit soort wit-zwart denken. Ze stellen zich de vraag of een abortus een verantwoorde keuze is, gezien hun specifieke omstandigheden en nood. Ook als ze terugdenken aan de genomen beslissing, is dat in het licht van die persoonlijke en ethische keuze. Mensen worstelen vaak met hun schuldgevoel, tijdens het overwegen van die beslissing en mogelijk nog (lang) erna. Extra druk hierop is nergens voor nodig.

De keuze voor abortus voorstellen als de evidentie zelf kwetst dan weer vrouwen die worstelen met deze beslissing. Dat zou hen kunnen doen twijfelen aan de authenticiteit van hun gevoelens, waardoor ze nog minder geneigd zijn hun onzekerheid te delen met anderen – met mogelijk een abortus tot gevolg waar ze toch niet helemaal achter staan. Ook bemoeilijkt dit de verwerking achteraf, omdat vrouwen vrezen door vriendinnen, familieleden of zelfs hulpverleners niet ernstig genomen te worden. Soms zijn ze bang dat ze zich zouden aanstellen met hun verdriet, gevoelens van spijt of schuld.

Vrouwen en koppels gaan meestal pas naar een abortuscentrum als ze hun keuze hebben gemaakt. Soms leeft nog steeds het idee dat je op een abortuscentrum je keuze moet verantwoorden, alsof je daar niet meer zou mogen twijfelen. Maar vrouwen kunnen ook naar een abortuscentrum gaan wanneer ze hun keuze nog aan het overwegen zijn. Het gesprek voorafgaand aan de ingreep laat immers ruimte om twijfels bespreekbaar te maken. Bovendien bieden abortuscentra ook nazorg aan, maar weinig vrouwen maken er gebruik van. Dit zou erop kunnen wijzen dat voor vrouwen, koppels en mannen het bespreken van hun gevoelens, twijfels, angsten rond de keuze voor abortus niet altijd evident is. Vaak leeft immers het gevoel 'ik heb er toch zelf voor gekozen, dus waarom voel ik me dan verdrietig'.

## **Taboe op beleving van abortus nog steeds actueel**

In het algemeen lijkt op maatschappelijk niveau het taboe op abortus in onze maatschappij min of meer verdwenen: het is een optie waarover openlijk kan gesproken worden. Veel moeilijker blijkt het om de beleving van abortus en eventuele problemen nadien, ter sprake te brengen. Op de verwerking en beleving ervan rust met andere woorden wel nog een taboe. Ondanks het feit dat in het besluitvormingsproces bij een ongewenste zwangerschap de optie voor abortus in meer vrijheid en openheid kan worden besproken, blijft het bijgevolg vaak nog een verborgen gebeurtenis. Er stelt zich in feite een soort tweespalt in het spreken over abortus. Enerzijds is er een maatschappelijke consensus over de huidige legalisering. Anderzijds zijn de vele duizenden vrouwen (en mannen) die voor abortus kiezen in onze maatschappij nagenoeg onzichtbaar. Dit is een vreemde vaststelling: hoewel abortus 'moet kunnen', lijkt het alsof er veelal niet 'kan' of 'mag' worden gesproken over gevoelens en beleving achteraf. Van dit tweede taboe zijn echter de vrouwen in kwestie zelf het slachtoffer.

De onbespreekbaarheid van abortus kan vele problemen bedekken. Geheimen en verdrongen gevoelens meedragen, tekent mensen mogelijks in hun diepste bestaan. Problemen na abortus hebben dan ook vaak te maken met het feit dat er geen ruimte is om te spreken over de eigen beleving. Het taboe om in deze situatie te rouwen of te spreken over het verlies, tekent deze specifieke problematiek.

Wetenschappelijk onderzoek naar verwerkingsproblemen na abortus valt moeilijk te interpreteren. Vooral de definitie en meetbaarheid van wat verwerkingsproblemen precies zijn, verschilt van onderzoek tot onderzoek. Over het algemeen gesteld zou 12 tot 29 procent van de vrouwen na hun abortus het emotioneel lastiger hebben dan ervoor (Psychosociale gevolgen van abortus, 2003). De meerderheid van de vrouwen verwerkt hun abortus dus goed. (Hoe mannen een abortus verwerken, wordt nauwelijks onderzocht.) Fara wil er zijn voor die andere groep van vrouwen en mannen die de behoefte voelen stil te staan bij hun verwerkingsproces en die gebeurtenis een betekenisvolle plaats te geven in hun leven.

## **Prenatale testen niet onschuldig – belang van geïnformeerde keuze**

De meesten kinderen worden gezond geboren, maar 3 à 5 % heeft een aangeboren afwijking. Aan elke zwangere vrouw of beter aan alle (toekomstige) ouders wordt vandaag de dag de gelegenheid geboden prenatale screeningstesten te doen. Hiermee kan voor de geboorte de kans opgespoord worden, dat hun kindje een aangeboren afwijking heeft. Het aanbod wordt door de meeste ouders aanvaard. Ze willen weten of alles in orde is... Bovendien houden de

eerste testen ook geen risico in, noch voor de zwangere vrouw, noch voor haar ongeboren kind. Op die manier wekken ze de indruk vrijblijvend te zijn. Er lijken weinig redenen te bestaan om van prenatale screening af te zien.

Toch zou de keuze voor deze prenatale screeningstesten niet zo vanzelfsprekend mogen zijn. Zelfs wanneer de screeningstest een gunstig resultaat geeft, vindt er altijd een psychosociale belasting plaats door de test zelf. Bovendien krijgt men nooit zekerheid over het al dan niet verwachten van een gezond kind. Soms wordt men zelfs meer bewust van alle bestaande risico's.

Verder mogen we niet vergeten dat dit voor enkelen de start is van een emotioneel en complex beslissingsproces: na de vraag 'wel of niet screenen?' volgt dan de vraag 'wel of niet een diagnostische test?' en soms zelfs bij vaststelling van een ernstige afwijking wordt de zwangerschap uitdragen in vraag

gesteld. Elk van deze stappen gaat gepaard met een zeer emotioneel beladen dilemma van moeilijke keuzes. Ingaan op deze standaard aangeboden screeningstesten of niet, vereist dus een weloverwogen keuze en vraagt bijgevolg een belangrijke reflectie van (toekomstige) ouders. Fara probeert in deze context (toekomstige) ouders en professionelen te sensibiliseren om de keuzevrijheid te benadrukken.

Uit verschillende internationale onderzoeken blijkt dat bij prenatale screening vaak geen sprake is van een 'geïnformeerde keuze'. Een Frans onderzoek toonde zelfs aan dat bijna de helft van de bevraagde vrouwen als niet geïnformeerd beschouwd kan worden. 10 % was wel geïnformeerd, maar maakte een keuze die niet in overeenstemming was met hun attitude en 1/3 dacht dat de testen verplicht waren. In België hebben we geen exacte cijfers, maar onze ervaring wijst in dezelfde richting.

### **De verantwoordelijkheid van een keuze die je niet wil maken ...**

Wanneer een prenatale test een ernstige afwijking bij hun ongeboren kind aantoont, krijgen de ouders de keuze om de zwangerschap al dan niet voort te zetten. Het hoeft geen verder betoog dat dit een zeer complex beslissingsproces is en dat er eigenlijk geen 'goede' keuze bestaat. Ouders moeten vaak op korte termijn een keuze maken, onder enorme emotionele druk. Deze druk ontstaat door de inhoud van de keuze: kiezen voor een afbreking van een gewenste zwangerschap omdat het kindje zwaar ziek en/of ernstige afwijkingen heeft dan wel kiezen voor het behoud van het kindje met een duidelijke handicap of onverwachte en onvoorspelbare levensverwachting.

Maar de keuze is ook verscheurend om een tweede reden: men zal de verantwoordelijkheid moeten dragen over die keuze – wat men ook kiest. Zo zullen ouders moeten leren leven met het feit dat ze de zwangerschap lieten beëindigen en daarbij in het ongewisse blijven over wat er zou kunnen geweest zijn. Misschien zou de ernst van de handicap meegevallen zijn. Misschien zouden ze het wel (als koppel, als gezin) aangekund hebben om dit kindje op te voeden. Misschien...

In dezelfde lijn is er de verantwoordelijkheid van de andere keuze: men zal voor altijd zorg moeten dragen voor dit bijzondere kindje, met zijn eigen zorgen en noden; men zal zich misschien moeten verantwoorden voor die keuze; ... Daarbij zullen zij geconfronteerd worden met de draagkracht van hun context: zullen zij het aankunnen – als ouder, als koppel, als gezin, als familie – om de beslissing die ze nemen of genomen hebben te aanvaarden?

Fara gelooft dat een goede begeleiding cruciaal is, om tot een kwaliteitsvolle beslissing te komen. Een 'kwaliteitsvolle' beslissing betekent dat de verschillende opties vanuit diverse perspectieven moeten bekeken worden (maatschappelijk, ethisch, persoonlijk, relationeel, ...) zodat het een echte keuze kan zijn. Daarom ontwikkelden we een specifiek hulpaanbod voor deze ouders, aanvullend aan de begeleiding die ouders krijgen in de ziekenhuizen waar de zwangerschap opgevolgd wordt.

Op zijn beurt impliceert dit dat er ook in onze maatschappij ruimte blijft voor (de gevolgen van) beide keuzes. Immers, voldoende maatschappelijke aandacht aan nazorg is cruciaal, zowel bij een zwangerschapsafbreking als bij behoud van het kindje. Dit betekent dat er voldoende georganiseerd hulpaanbod moet zijn voor ouders zodat zij ook de keuze voor een kind met een handicap kunnen maken, opdat zij er niet alleen komen voor te staan.

### **Taboe rond rouw na zwangerschapsafbreking na prenatale diagnose**

We stellen vast dat de meeste ouders 'kiezen' voor een zwangerschapsafbreking na een ongunstige

prenatale diagnose. Ongeveer 95% van de vrouwen in Nederland kiezen in een gelijkaardige situatie voor een zwangerschapsafbreking. We menen dat deze cijfers generaliseerbaar zijn voor België.

De verwerking van deze zwangerschapsafbreking, het verlies van dit kind en het dragen van de verantwoordelijkheid van deze keuze vallen de meeste ouders zeer zwaar. Het gaat hier immers om een gewenst kind (-daarom noemen ze het ook niet graag een abortus, wat verwijst naar een ongewenst kind). Er rust bovendien ook maatschappelijk een taboe op deze

keuze; men kan niet zomaar met z'n verhaal naar buitenkomen. De buitenwereld blijft toch vaak nog erg veroordelend. Het lijkt alsof ouders voelen dat ze tegenover derden hun keuze moeten verdedigen/verantwoorden. Bijgevolg voelen ze zich vaak heel eenzaam in hun keuze en in hun verdriet en hebben ze de neiging zich sociaal te gaan isoleren.

Het verlies van een kind is één van de ergste levensgebeurtenissen die mensen kunnen overkomen. Wanneer geboorte en levenseinde van dit kind dan ook nog eens (quasi) samenvallen, worden ouders geconfronteerd met een zeer specifiek verlies. Een verlies van een kindje dat voor de buitenwereld nauwelijks of niet heeft bestaan. Vaak spreken we dan ook van een verborgen rouw.

Het rouwproces dat ouders door moeten is nochtans vergelijkbaar met elk rouwproces na het verlies van een dierbare. Toch voelen ouders zich in de context van zwangerschapsafbreking vaak schuldig om dit verdriet, alsof ze hierop geen recht hebben, omdat ze 'er zelf voor gekozen hebben'. Het is moeilijk om te rouwen en hun kindje te gedenken.

Vanuit onze ervaring dat deze ouders soms emotioneel verloren lopen en niet altijd de juiste (professionele) psychologische ondersteuning vinden, hebben wij binnen Fara een aanbod van specifieke begeleidingsgesprekken. Dit initiatief is aanvullend op het aanbod in de centra voor prenatale diagnose en specifiek dus voor ouders die willen praten over hun moeilijkheden na een zwangerschapsafbreking omwille van een prenatale diagnose.

### **Gelijke onderwijskansen voor tienerzwangeren en jonge ouders**

Fara sensibiliseert, samen met haar netwerkpartners, over de nodige structureel ondersteunende maatregelen die van significant belang zouden zijn om de slaagkansen van zwangere tieners en jonge ouders te vergroten en daarmee ook hun toekomstkansen en die van hun kinderen. Daartoe pleit Fara o.a. voor moederschapsrust, vaderschapsverlof en ouderschapsverlof voor scholieren en studenten, evenals voor thuisonderwijs i.k.v. zwangerschap en bevalling en meer plaatsen of voorrangregeling in de (flexibele en occasionele) kinderopvang.

De combinatie school en ouderschap is momenteel een evenwichtsoefening van de zwangere schoolgaande tiener of jonge ouder in dialoog met de betrokken schooldirectie, leerkrachten en CLB of instanties op de hogeschool of universiteit. Deze tieners dienen immers te balanceren tussen het beperken van afwezigheid om hun slaagkansen te vergroten enerzijds en het afwezig zijn om meer tijd door te brengen met hun kindje anderzijds. De risico's op schoolachterstand moeten steeds afgewogen worden tegen de baten die ouders en kind er emotioneel bij hebben.

### **Tienermoeders hype en taboe**

In het algemeen worden meisjes die moeder worden voor hun 20<sup>ste</sup> verjaardag (t.e.m. 19 jaar) beschouwd

als tienermoeders. Fara richt zich echter tot jonge mama's en papa's en hun relationele omgeving (vooral hun ouders) tot 23 (à 25) jaar. Jong zwanger of ouder zijn houdt immers meestal een kwetsbaarheid in, vermits de gemiddelde leeftijd momenteel 28,5 jaar bedraagt waarop vrouwen voor het eerst moeder worden. Het risico op een taboe op jong ouderschap neemt daarmee echter ook toe. Vrouwen die op jonge leeftijd kiezen voor de geboorte van hun kind(eren), worden bestempeld als 'afwijkend'. Jong ouderschap krijgt regelmatig een negatieve connotatie mee, terwijl dit niet gelijk hoeft te staan aan onverantwoord ouderschap. Alsof jongeren niet zouden beschikken over (groeipotentieel in) oudervaardigheden en - net als alle ouders – geen groeikansen zouden verdienen. Toch wordt deze conclusie nog al te vaak getrokken wanneer jongeren ervoor kiezen om prioritair voor het ouderschap te kiezen, voordat ze een stabiel leven opbouwden. Eerst een diploma behalen, (vast) werk hebben, reizen, een eigen woonst, ... zijn tegenwoordig de norm in onze maatschappij voordat voor een eigen gezin kan of mag gekozen worden. Niet alle tienerzwangerschappen zijn dan ook ongepland. Tot slot, maar allerminst onbelangrijk, kan een ongeplande tienerzwangerschap ook leiden tot een gewenst kind, zeker als de jonge ouders omringd zijn door een steunende sociale omgeving of professionele ondersteuning.

De media-aandacht voor dit thema was de afgelopen jaren groot waardoor het idee ging leven dat het om zeer jonge en een sensationeel stijgend aantal tienermoeders zou gaan. Het tegendeel is echter waar. De grote meerderheid van de tienermoeders zijn meerderjarig en hun aandeel in Vlaanderen bereikte een laagterecord.

**Tienvaders** zijn een vergeten doelgroep, het is onze maatschappelijke opdracht hen te betrekken om hen zodoende kansen te geven om te groeien in hun rol als vader, in het belang van hun kind. Ze worden al te vaak (goedbedoeld) buitengesloten ter 'bescherming' van het betrokken meisje.

### Vragen of bemerkingen?

Bel de Farafoon op 016 38 69 50 of mail naar [vragen@fara.be](mailto:vragen@fara.be)