

# HET ZORGPROCES INZAKE ZWANGERSCHAPSAFBREKING NA PRENATALE DIAGNOSTIEK

Zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek is een vaak voorkomende maar weinig besproken ethische problematiek. Vele ziekenhuizen en hulpverleners stellen zich vragen bij het ethisch gehalte van de zorgpraktijken die gaandeweg ingang hebben gevonden. Voor de commissie voor ethiek was dit een voldoende reden om over te gaan tot een grondige bezinning omtrent zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek in christelijke ziekenhuizen. Langdurige en zeer grondige besprekingen hebben geleid tot de hierna volgende visietekst.

De voorliggende visietekst heeft een concreet karakter. Rekening houdend met de huidige stand van zaken worden waardenopties geformuleerd die uitmonden in een duidelijke ethische stellingname. Daarna worden concrete suggesties gedaan om het zorgproces voor alle betrokkenen zo menswaardig mogelijk te maken.

Na bespreking in de VVI-bestuurscolleges heeft de Raad van Bestuur van het VVI dit advies goedgekeurd en de opdracht gegeven het te implementeren. De commissie voor ethiek heeft een belangrijke verantwoordelijkheid in het bespreekbaar stellen van deze uitdagende problematiek. Maar ook de raad van bestuur, de directie en de betrokken hulpverleners dragen een belangrijke verantwoordelijkheid in verband met de ontwikkeling van de in het advies voorgestelde zorgstructuren. Het is dan ook ten zeerste aanbevolen dit advies niet alleen te agenderen en te bespreken op de vergaderingen van de plaatselijke commissies voor ethiek, maar ook op de vergaderingen van de verloskundigen, van de directies en van de raden van bestuur.

Brussel, 24 april 2008

Chris GASTMANS,  
Yvonne DENIER,  
Stafmedewerkers

Peter DEGADT,  
Gedelegeerd Bestuurder

# HET ZORGPROCES INZAKE ZWANGERSCHAPSAFBREKING NA PRENATALE DIAGNOSTIEK

## INLEIDING

Zwangerschapsafbreking blijft tot op heden een moeilijk ethisch probleem waarover in onze pluralistische samenleving haast onmogelijk een consensus tot stand kan komen. De moeilijke discussie voorafgaand aan de Wet op de Zwangerschapsafbreking (1990) is hiervan een illustratie. Naar aanleiding van de goedkeuring van de Wet op de Zwangerschapsafbreking heeft het VVI (Caritas Vlaanderen) ondubbelzinnig gesteld dat zwangerschapsafbreking om niet-medische redenen ethisch onaanvaardbaar is. Tegelijk werd erop aangedrongen dat alles in het werk zou worden gesteld om een zorgcultuur uit te bouwen waardoor ongewenst zwangere vrouwen ondersteund worden tijdens het moeilijke beslissingsproces dat zij moeten uitvoeren. Ongeveer acht jaar na de Wet heeft het VVI haar principiële afwijzing van zwangerschapsafbreking om niet-medische redenen herbevestigd (zie Advies 3). Tegelijk werden de christelijke ziekenhuizen opnieuw opgeroepen de begeleidingsopdracht ten aanzien van ongewenst zwangeren op structurele wijze uit te bouwen.

**In onderhavig advies gaan we niet verder in op de hierboven aangehaalde ethische problematiek van zwangerschapsafbreking om niet-medische redenen (de zogenaamde ongewenste zwangerschap). De commissie voor ethiek herbevestigt in dit verband haar duidelijke stellingname die in Advies 3 werd geformuleerd.** De commissie voor ethiek richt zich nu op de ethische spanningsvelden die zich manifesteren in het zorgproces rond zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek. Centraal staan de volgende vragen:

- Is het ethisch gerechtvaardigd dat de geboorte van een kind met een handicap wordt voorkomen door zwangerschapsafbreking?
- Indien ja, hoe kan in de context van een christelijk ziekenhuis de omgang met zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek ethisch worden begeleid?

Hieronder worden de zes fasen beschreven die de ethische reflectie achtereenvolgens dient te doorlopen, alvorens tot een weloverwogen besluit te komen over wat het meest menselijk mogelijke is met betrekking tot zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek.

## 1. JURIDISCHE STAND VAN ZAKEN

Voorafgaandelijk moet worden opgemerkt dat volgens de Belgische wet betreffende de zwangerschapsafbreking (1990) vruchtafdrijving in principe strafbaar blijft. De wetgever voorziet enkele gevallen waarin de opzettelijke zwangerschapsafbreking geen misdrijf meer is. De voorwaarden waaronder zwangerschapsafbreking geen misdrijf is, verschillen naargelang de zwangerschapsafbreking wordt verricht vóór of na het einde van de twaalfde week na de bevruchting.

### 1.1. VOOR TWAALF WEKEN

- De vrouw bevindt zich in een noodsituatie. Dit is een subjectieve toestand, die op verschillende manieren door de vrouw kan worden ingevuld. De vrouw vertoont een vaste wil om de zwangerschap af te breken, en formuleert hiertoe een uitdrukkelijk schriftelijk verzoek;
- **De zwangerschapsafbreking moet door een arts worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg;**
- Aan de instelling is een voorlichtingsdienst verbonden die de zwangere vrouw opvangt en haar omstandig inlicht over haar specifieke rechten en voordelen, over de mogelijkheden tot bijstand en adoptie;
- De arts moet de vrouw inlichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap, alsook over de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind. De arts moet zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken;
- De arts kan de zwangerschapsafbreking niet vroeger 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;
- **Geen arts, geen verpleegkundige, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking;**
- De arts die weigert zwangerschapsafbreking te verrichten, is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek te informeren over zijn weigeren.

### 1.2. NA TWAALF WEKEN

- Het voltooien van de zwangerschap houdt een ernstig gevaar in voor de gezondheid van de vrouw of het staat vast dat het kind dat geboren zal worden, zal lijden aan een

advies 13  
VISIETEKST

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 moet worden gevoegd;
- **De zwangerschapsafbreking moet door een arts worden verricht in een instelling voor gezondheidszorg;**
- Aan de instelling is een voorlichtingsdienst verbonden die de zwangere vrouw opvangt en haar omstandig inlicht over haar specifieke rechten en voordelen, over de mogelijkheden tot bijstand en adoptie;
- De arts moet de vrouw inlichten over de onmiddellijke of toekomstige medische risico's waaraan zij zich blootstelt door het afbreken van de zwangerschap, alsook over de verschillende opvangmogelijkheden voor het kind. De arts moet zich vergewissen van de vaste wil van de vrouw om haar zwangerschap te laten afbreken;
- De arts kan de zwangerschapsafbreking niet vroeger 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;
- **Geen arts, geen verpleegkundige, geen lid van het paramedisch personeel kan gedwongen worden medewerking te verlenen aan een zwangerschapsafbreking;**
- De arts die weigert zwangerschapsafbreking te verrichten, is gehouden de vrouw bij haar eerste bezoek te informeren over zijn weigeren.

## 2. BELEVING VAN ZWANGERSCHAPS- AFBREKING NA PRENATALE DIAGNOSTIEK

### 2.1. BETEKENIS VOOR EN BELEVING VAN DE OUDERS

#### 2.1.1. *Beleving van de beslissing*

Bijna alle ouders ervaren het nemen van de beslissing om de zwangerschap te beëindigen als zeer moeilijk. Velen voelen zich hulpeloos en machteloos (Menahem et al. 2003, van Berkel & van der Weele 1999). Ouders geven aan dat de beslissing die ze genomen hadden te sterk werd beïnvloed door gevoelens van angst en door de korte tijdspanne waarin ze de beslissing moesten nemen (Santalahti et al. 1998).

Als meest beïnvloedende factoren vermelden ouders het effect van de aandoening op de baby (gezondheid, lijden, toekomstperspectief) en het effect van het kind met een aandoening op henzelf en de eventuele andere kinderen (Menahem et al. 2003,

van Berkel & van der Weele 1999, Garcia et al. 2008). Het grote probleem dat ouders hierbij ervaren is dat de ernst van de aandoening vaak moeilijk op voorhand is in te schatten (van Berkel & van der Weele 1999). Ouders vrezen ook dat ze sociaal gediscrimineerd zullen worden indien ze een gehandicapt kind laten geboren worden (Garcia et al. 2008)

### 2.1.2. *Beleving van de afbreking*

Vele ouders ervaren na een zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek zeer ambivalente gevoelens. De opluchting over het feit dat alles achter te rug is en de tevredenheid over de genomen beslissing krijgen tegengewicht in gevoelens van intens verdriet, zinloosheid en schuld (Geerinck-Vercammen 2000). Voor de vrouw is de confrontatie met de fysieke realiteit van de zwangerschapsafbreking (lange inductie en arbeid, lactatieremmers, ...) vaak een belastende ervaring.

Hoewel de meeste ziekenhuizen gelegenheid geven tot afscheid nemen van het kindje (of andere vormen van zingeving), geven ouders aan dat zij een sterk taboe ervaren op de verwerking van en het spreken over de zwangerschapsafbreking (Geerinck-Vercammen 2000).

## 2.2. *BETEKENIS VOOR EN BELEVING VAN DE GYNAECOLOGEN*

Gynaecologen ervaren de beslissing tot en de uitvoering van een zwangerschapsafbreking als een moeilijk ethisch dilemma met verschillende facetten. Een belangrijk ervaren probleem betreft de medische indicatie. Wie beslist? Wie is juist? Moeten bepaalde beperkingen worden gesteld? Vooral bij de vraag naar zwangerschapsafbreking bij 'kleinere' afwijkingen (zoals Klinefelter, Turner syndroom, gespleten lip) of wanneer de diagnose en prognose onzeker zijn, uiten gynaecologen ethische bezwaren. Gynaecologen hebben de indruk steeds meer toegeeflijk naar ouders toe te zijn en vrezen een *slippery slope* effect. Het feit dat als de zwangerschapsafbreking in een bepaalde instelling wordt geweigerd, deze in een andere instelling wel wordt toegelaten wordt ook als een frequent opduikend probleem vermeld (Garel et al. 2002).

### 2.3. BETEKENIS VOOR EN BELEVING VAN DE VROEDVROUWEN

#### 2.3.1. *Beleving van de beslissing*

Bijna alle vroedvrouwen gaan ervan uit dat het een zware opgave is voor de familie om met een gehandicapt kindje te leven (Jallinoja et al. 1999).

De plaats van gehandicapte kinderen in onze samenleving (o.a. intolerantie ten aanzien van abnormaliteit) wordt door vele vroedvrouwen als het grootste ethische probleem inzake prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking ervaren (Garel et al. 2002). De beslissing tot zwangerschapsafbreking wordt als het meest belastend ervaren wanneer het gaat over een 'kleinere' afwijking of wanneer er onzekerheid bestaat omtrent de diagnose (Garel et al. 2002).

Vroedvrouwen vinden dat zij vaak te laat worden betrokken bij het beslissingsproces inzake zwangerschapsafbreking (Garel et al. 2002). Ze ontmoeten de ouders op het moment van de zwangerschapsafbreking vaak voor het eerst. Ze beschikken over weinig informatie en toch dragen zij een zware verantwoordelijkheid in de uitvoering van de zwangerschapsafbreking.

#### 2.3.2. *Beleving van de afbreking*

Sommige vroedvrouwen ervaren een conflict in hun professionele identiteit omwille van de tegenstrijdige rollen die zij moeten vervullen. Aan de ene kant helpt de vroedvrouw om leven ter wereld te brengen, aan de andere kant helpt de vroedvrouw om leven te vernietigen (Hanna 2005). Vroedvrouwen hebben het bijzonder moeilijk met het moment waarop zij tijdens de afbreking met de menselijkheid van de foetus worden geconfronteerd (Hanna 2005). Sommige vroedvrouwen vragen zich af of de ouders wel mogen en kunnen rouwen en of ze wel voldoende psychologische begeleiding krijgen (Garel et al. 2002).

De meeste vroedvrouwen beschouwen de uitvoering van zwangerschapsafbreking omwille van een foetale afwijking als een technische procedure die bij hun werk hoort. Dit neemt echter niet weg dat ze het met dit deel van hun werk persoonlijk zeer moeilijk kunnen hebben. Zwangerschapsafbreking zorgt voor heel wat stress en emotionele last en brengt soms een conflict in hun persoonlijke waardenschaal teweeg.

### 3. FUNDAMENTELE WAARDEOPTIES

Ethiek kan omschreven worden als het nadenken over menselijk handelen in het perspectief van menswaardigheid. We kunnen deze omschrijving nog verfijnen door te stellen dat het in de ethiek gaat om de waarden die voor het menselijk handelen richtinggevend zijn om tot steeds meer menswaardigheid te komen. In wat volgt proberen we enkele essentiële waardeopties te identificeren die volgens de commissie van belang zijn bij de ethische afweging omtrent het omgaan met zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek.

De commissie is er zich terdege van bewust dat de identificatie van dergelijke fundamentele waardeopties alleen maar kan plaatsvinden binnen een bepaalde levensbeschouwelijke traditie; een neutrale ethiek bestaat niet. De commissie ontleent haar waardeopties aan de christelijk-ethische traditie. De christelijke levensbeschouwing is zeker niet de enige bron waaruit we dergelijke bakens kunnen putten, maar zij is de levensbeschouwing waarbinnen de Caritas-ziekenhuizen zich historisch en feitelijk plaatsen. Deze duidelijke keuze voor het christelijke waarde kader zal de commissie niet weerhouden in haar ethische afweging (zie 4.) de dialoog met andere waardeopties aan te gaan.

#### 3.1. EERBIED VOOR HET MENSELIJK LEVEN

Het menselijk leven en de waardigheid van de menselijke persoon zijn universeel erkende waarden en dienen als zodanig steeds door eenieder en in alle omstandigheden te worden gerespecteerd. De eerbied voor het menselijk leven is immers een noodzakelijke voorwaarde om het 'samen-leven' van mensen in veiligheid en in onderling vertrouwen mogelijk te maken en te waarborgen.

In de christelijke levensbeschouwing wordt dit respect voor het menselijk leven tevens gefundeerd in de geloofsovertuiging dat de unieke relatie tussen God en mens aan het menselijk leven een sacrale waardigheid toekent.

**De commissie gaat er dan ook van uit dat de waardigheid van de persoon dient te worden gesitueerd op een dieper plan dan wat met een subjectieve invulling van 'kwaliteit van leven' wordt aangeduid. Het menselijke wezen heeft een inherente waardigheid, die de mens als zodanig toekomt onafhankelijk van zijn lichamelijke en geestelijke gezondheid.** In de Joods-christelijke traditie wordt dit trouwens duidelijk gemaakt vanaf de eerste bladzijden van zowel Oud als Nieuw Testament: De mens is naar het beeld van God geschapen (Genesis 1, 26-27) en voor de gelovige christen is de mens bestemd om kind van God

te worden (Johannes-evangelie 1, 12) door gelijkvormigheid aan Jezus Christus.

### 3.2. RESPECT VOOR AUTONOMIE-IN-VERBONDENHEID

In het debat over prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking wordt vaak de nadruk gelegd op het respect voor de autonomie van de ouders als belangrijke waarde. Het gaat erom ouders te informeren en keuzemogelijkheden aan te bieden. Daarna dienen de ouders dan zelf een beslissing te nemen *'waar zij geheel achter kunnen staan'*.

**Voor de commissie staat in de context van de zorgrelatie het belang van de dialogale counseling voorop, waarbij ouders ondersteund en uitgedaagd worden om een gewetenskeuze te maken waarin alle aspecten van de zwangerschap en het eventuele toekomstige ouderschap aan bod kunnen komen. Daarom spreekt de commissie liever van 'autonomie-in-verbondenheid'.** De dialogale relatie van de ouders met andere betrokkenen (o.a. hulpverleners) doet geen afbreuk aan hun autonomie. Integendeel, ze is er juist de essentiële voorwaarde toe. Een persoon handelt autonoom wanneer de keuzen op basis waarvan hij handelt zich laten inpassen in zijn leefwereld en levensgeschiedenis. Welnu, in zijn leefwereld staat een persoon nooit alleen en zijn levensgeschiedenis is steeds verweven met het verhaal van anderen. Bij het maken van keuzen zoekt men normalerwijze steun bij elkaar. Volgens de commissie sluit waarachtig autonoom handelen niet uit dat dit in verbondenheid met anderen gebeurt.

Vanuit deze achtergrond bekritiseert de commissie de tendens in de Belgische wet betreffende de zwangerschapsafbreking om slechts één aspect van het mens-zijn te willen benadrukken, namelijk de vrijheid om zelf keuzen te maken, zonder inmenging van derden. De eenzijdige nadruk op respect voor autonomie als individuele zelfbeschikking komt het volle mens-zijn van de vrouw/ouders niet ten goede. Wanneer de autonomie van de vrouw/ouders de enige maatstaf is in de ethische beoordeling, dan blijven heel wat aspecten van de morele problematiek van zwangerschapsafbreking onbesproken.

Volgens de commissie moeten mensen steeds beschouwd worden in hun relatie met anderen en in hun verantwoordelijke participatie aan de mensengemeenschap. Autonomie-in-verbondenheid impliceert dat mensen hun verantwoordelijkheid voor elkaar nemen. **Autonoom handelen impliceert dat mensen keuzen maken en beslissingen nemen die kunnen worden verantwoord ten aanzien van alle betrokkenen; in de hier besproken problematiek vooreerst ten aanzien van elkaar als ouders en van het toekomstig kind, en verder ten**

**aanzien van andere gezinsleden, hulpverleners en tenslotte ten aanzien van de hele samenleving.***3.3. KWALITEIT VAN LEVEN*

Algemeen is men van mening dat de kwaliteit van leven moeilijk objectief is vast te stellen. Dat is een van de redenen waarom men de subjectieve inschatting van de kwaliteit van leven doorgaans zwaar laat doorwegen. In de context van prenatale diagnostiek is het gevaar reëel dat toekomstige ouders hun subjectieve angsten en zorgen gaan projecteren in het kind. Het lijkt volgens de commissie dan ook moreel gezien aangewezen – en in het belang van het toekomstige kind – dat ook objectieve inschattingen van de toekomstige kwaliteit van leven plaatshebben en worden afgewogen met de subjectieve inschattingen van de ouders (Hoedemaekers 2004). De mening van de medische beroepsgroep mag hierbij in ieder geval niet ontbreken.

Toch blijft er onzekerheid over de ernst van de afwijking, de resulterende handicaps, de behandelbaarheid ervan (in de toekomst) en de belasting voor het kind. Zo zal bijvoorbeeld de draagkracht en het adaptatievermogen van het kind (hoe het met zijn handicap om zal gaan) en de aanvaarding ervan door het kind een onbekende factor blijven. Daaruit volgt dat het niet altijd duidelijk is wat er precies van de draagkracht van de ouders wordt gevraagd. Dan kan men zich afvragen of het redelijk is dat men zich gaat baseren op een *'worst-case scenario'* (Hoedemaekers 2004).

**De commissie waarschuwt tevens voor een verabsolutering van gezondheid, waarbij gaafheid van lichaam en geest de enige zin van het leven dreigt te worden.** Dit uit zich in een grotere geneigdheid om het leven, wanneer het niet meer aan een bepaalde graad van subjectieve 'kwaliteit' voldoet, als niet meer zinvol te beschouwen. Daaruit volgt dan een grotere bereidheid om het leven te beëindigen. Deze tendens contrasteert met de christelijke levensbeschouwing die een fundamenteel respect vraagt voor elk menselijk leven, hoe onvolmaakt en gekwetst het ook moge zijn (zie 3.1.).

*3.4. MAATSCHAPPELIJKE VERANTWOORDELIJKHEID*

De in de vorige paragraaf vermelde bereidheid om het leven te beëindigen van de ongeboren vrucht wanneer door prenatale diagnostiek een **handicap** wordt vastgesteld, vindt ook een verklaring in het feit dat de handicap door betrokkenen ervaren wordt als **een vorm van lijden**. Voor vele tijdgenoten **doet lijden immers afbreuk aan de menselijke waardigheid**, en is

bijgevolg als zodanig niet meer aanvaardbaar in onze wereld van comfort, kwaliteit en welzijn.

Ten aanzien van dergelijke beeldvorming in onze samenleving hebben de hulpverleners in onze ziekenhuizen een **belangrijke verantwoordelijkheid**. Dagelijks gaan zij beroepshalve om met zieken en gehandicapten. **Elke daad en houding die zou kunnen worden begrepen als een vorm van discriminatie of stigmatisatie van de meest kwetsbaren in onze samenleving moet daarom worden afgewezen.**

Ook vanuit christelijk perspectief heeft het lijden op zich geen zin en moet het worden bestreden. Het feit dat mensen aan het lijden een betekenis kunnen geven, doet niets af aan deze algemene stelling. **Ook toekomstig lijden moet zoveel mogelijk worden voorkomen of vermeden. De mens kan echter geen recht doen gelden op het voorkomen van lijden, desnoods ten koste van het leven zelf.** Lijden is trouwens verweven met het menselijk leven. De commissie kant zich tegen de tendens een bepaalde opvatting van menselijke gaafheid zo absoluut te stellen, dat men geneigd is alle lijden en handicap kost wat kost te doen verdwijnen. In een dergelijke mentaliteit wordt de zin van het menselijk leven te veel gelijkgesteld met het vrij-zijn van leed. In de context van de prenatale diagnostiek roept de commissie de hulpverleners op het lijden ten gevolge van handicap niet te minimaliseren, maar ook niet te maximaliseren omwille van door hen gewenste resultaten. Leefbaarheid en lijden zijn geen statistische grootheden; ze zijn handicap- en persoonsgebonden en hangen mede af van de inzet van de omgeving. Het is niet omdat we niet kunnen genezen dat het verlichten van lijden en blijvende intensieve inspanningen om het steeds beter te lenigen, geen zin hebben. Verder speelt hier ook het algemene maatschappelijke klimaat van gedrevenheid, solidariteit en generositeit een grote rol (Spitz 2007). Volgens de commissie geven hulpverleners in onze ziekenhuizen een belangrijk maatschappelijk signaal door erop te wijzen dat ook het gekwetste ongeboren leven recht heeft op zorg en bescherming.

#### 4. EEN CHRISTELIJK GEINSPIREERDE WAARDEAFWEGING

##### 4.1. CHRISTELIJKE INSPIRATIE IN PLURALISTISCHE CONTEXT

De hierboven beschreven waardeopties hebben een duidelijke band met het christelijke gedachtegoed. Volgens een bepaalde interpretatie van de christelijke ethiek vormen deze waardeopties de basis voor een afwijzing van zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek. Zwangerschapsafbreking wordt

advies 13  
VISIETEKST

volgens deze stroming beschouwd als een intrinsiek kwaad, dat wil zeggen als een handeling die niet kan worden gerechtvaardigd, ook niet indien verricht om een op zich goed doel te realiseren. Vooral het fundamenteel karakter van de waarde van het menselijk leven speelt in deze afweging een doorslaggevende rol. Dit ethisch betoog is onder meer terug te vinden in de uitspraken van het kerkelijke leergezag inzake prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking (Johannes Paulus II 1995). Deze uitspraken bevatten waarden en principes die *in het algemeen* gelden in deze problematiek.

In de waardeafweging klinkt de christelijke radicale keuze voor de kleine, de zwakke, het kind, mogelijk toenemend dissonant in functie van de tijdsgeest, maar tegelijkertijd ook tegendraads verlossend. Ze zorgt ervoor dat ook 'zij of hij die niet voor zichzelf kan spreken' een volwaardige stem in het debat krijgt (Spitz 2007).

In dit advies willen wij niet alleen algemene principes (zie 3.) formuleren, maar tevens concrete oriëntaties aanreiken voor de klinische praktijk. In de klinisch-ethische besluitvorming spelen *concrete gevallen en bijzondere omstandigheden* een belangrijke rol. In de geest van Advies 8 '*Pluralisme en ethische dialoog in christelijke verzorgingsinstellingen*' opteren wij er bovendien voor de christelijke waardeopties (o.a. respect voor het leven) in dialoog te plaatsen met waarden (o.a. respect voor autonomie) die in de hedendaagse pluralistische samenleving belangrijk worden geacht. We willen '*in dialoog treden met de verschillende bestaande meningen van hulpverleners, verantwoordelijken en patiënten*'. Vanuit onze bekommernis voor de concrete klinische praktijk en vanuit onze zorg voor de christelijke inspiratie in een pluralistische context komen wij in de volgende paragraaf tot een concrete ethische stellingname.

#### 4.2. EEN ETHISCHE STELLINGNAME

De ernst van het in dit advies behandelde onderwerp gebiedt de commissie niet alleen om duidelijke oriëntaties te ontwikkelen voor de klinische praktijk van alledag, maar tevens duidelijkheid te scheppen inzake een fundamentele ethische stellingname ten aanzien van het menselijk leven. De commissie wil daarom ingaan op de fundamentele vraag of, en waarom, zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek als zodanig gerechtvaardigd kan worden in het licht van de hierboven beschreven christelijk geïnspireerde waardeopties.

Het is van het grootste belang het abortusprobleem objectief en eerlijk te stellen. Het gaat steeds over een conflictsituatie waarin meerdere waarden in het geding zijn. Uiteindelijk zal men een keuze moeten maken waarbij onvermijdelijk aan een of andere betrokken waarde tekort wordt gedaan. A priori kiezen voor één van de betrokken waarden (bijvoorbeeld eerbied voor het

advies 13  
VISIETEKST

leven, respect voor autonomie van de vrouw/ouders), is daarom een ethisch onverantwoord uitgangspunt. Bij alles wat in gegeven omstandigheden in het voordeel van zwangerschapsafbreking kan pleiten, is er altijd minstens één argument dat ertegen pleit, namelijk het respect voor het ongeboren leven. Tegelijk moeten we erkennen dat naast het respect voor het ongeboren leven nog andere waarden ethisch relevant zijn (Faculteit Geneeskunde 2001). Men kan daarom beter vertrekken van de totale zwangerschapssituatie, waarin ernstige menselijke nood (zowel vanuit het perspectief van de ouders als vanuit het perspectief van het ongeboren kind) aan de orde is.

**Uitgaande van haar christelijke basisinspiratie kiest de commissie prioritair voor oplossingen waarbij zwangerschapsafbreking kan worden vermeden. Ondanks de zorgvuldige afweging van alle mogelijke alternatieven voor zwangerschapsafbreking die tevens de draagkracht van de ouder ernstig nemen, kan het gebeuren dat de conflictsituatie niet tot een oplossing in die zin kan worden gebracht. Voor hulpverleners komt dan de autonomie van de ouders tegenover de eerbied voor het leven te staan. Wanneer ouders in overleg met artsen en andere hulpverleners kiezen voor zwangerschapsafbreking, omdat zij na een gewetensvolle afweging oordelen dat dit het meest menswaardige is dat haalbaar is in deze situatie, dan moet met deze gewetenskeuze respectvol worden omgegaan.**

We beklemtonen dat de *autonomie van de ouders* voornamelijk wordt gerespecteerd wanneer hun vraag door deskundige klinische, psychologische en morele begeleiding wordt uitgezuiverd tot een autonoom wilsbesluit; de vraag om zwangerschapsafbreking moet via begeleiding kunnen uitgroeien tot een invoelbare gewetenskeuze. Dit impliceert onder meer dat men naar de reële draagkracht en motivatie van de ouders peilt en deze ernstig neemt (zie ook 5.). Tevens moet men alle feitelijke mogelijkheden tot hulpverlening grondig onderzoeken en toepassen.

Het *respect voor het menselijk leven* kan worden gerealiseerd door de toetsing van het verzoek tot zwangerschapsafbreking aan de hand van klinische criteria (o.a. ernst van de aandoening, de behandelbaarheid, de levensverwachting en de kwaliteit van leven van het toekomstige kind). Bij de beoordeling van de geoorloofdheid van de zwangerschapsafbreking dient zich het principe van de proportionaliteit aan. Bij een beoordeling hiervan dienen minstens de volgende vragen te worden beantwoord (Hoedemaekers 2004):

- Heeft het toekomstige kind reële levenskansen en gaat het om een direct levensbedreigende ziekte of aandoening?
- Staat het toekomstige kind een kortdurend leven met ernstig lijden te wachten?

advies 13  
VISIETEKST

- Is er in een dergelijke situatie sprake van een grote disproportionaliteit tussen de verwachte kwaliteit van leven enerzijds en kosten, zorg, inspanning en inzet van medische middelen om dit leven in stand te houden anderzijds?
- Staat het toekomstige kind ernstig lijden te wachten, maar wordt in de eerste levensjaren geen ernstige aantasting van levenskwaliteit verwacht?
- Staat het toekomstige kind gedurende een aanzienlijke tijd een normaal leven te wachten zonder ernstige aantasting van de kwaliteit van leven?

De hierboven opgesomde vragen vertegenwoordigen in feite een glijdende schaal, waarbij de disproportionaliteit van het verwachte lijden in samenhang met een mogelijke zwangerschapsafbreking kan worden beoordeeld. Naarmate de levensduur langer is of er een langere periode voorbijgaat voordat lijden zich manifesteert, wordt het steeds moeilijker om op grond van het proportionaliteitsbeginsel een zwangerschapsafbreking te rechtvaardigen (Hoedemaekers 2004). **Concreet betekent dit dat zwangerschapsafbreking enkel kan worden gelegitimeerd als een uitzonderlijke weloverwogen handeling die enkel kan worden gesteld in geval van zware medische redenen en op basis van een grondige gewetensafweging in het licht van de keuze voor het meest menselijk mogelijke. Zwangerschapsafbreking (om eugenetische redenen) als onderdeel van een courante therapeutische praktijk voldoet niet aan de vooropgestelde ethische criteria.**

Deze principiële stellingname ten aanzien van zwangerschapsafbreking is te verantwoorden tegen de achtergrond van datgene wat boven (zie 3.1.) gezegd werd over de waarde van eerbied voor het menselijke leven, hetgeen uiteraard ook geldt voor het nog ongeborn menselijk leven. Het opzettelijk doden van het ongeborn leven is te beschouwen als een vergrijp tegen het leven. Menselijk handelen is echter steeds ‘concreet’ (dit betekent: samengegroeid met), ingeweven in een geheel van omstandigheden. De morele beoordeling van een menselijke handeling dient met deze context rekening te houden en kan naargelang de omstandigheden zeer verschillend zijn. **Uit het geheel volgt dat de kern van de problematiek ligt in de ernst van de situatie waarin een dergelijke beslissing te verdedigen is.** De ernst van de situatie wordt in grote mate bepaald door de ernst van de aandoening, de behandelbaarheid, de levensverwachting en de verwachte kwaliteit van leven van het toekomstige kind én de draagkracht van de ouders en het gezin.

De commissie vestigt er de aandacht op dat deze stellingname deel uitmaakt van de globale aanpak van het zorgproces inzake zwangerschapsafbreking na prenatale diagnostiek, zoals die in dit advies wordt uiteengezet. Het is dus geenszins aanvaardbaar deze stellingname uit zijn geïntegreerde context te halen.

## 5. ETHISCHE KWALITEIT VAN HET ZORGPROCES ROND ZWANGERSCHAPSAFBREKING

Indien men op basis van een invoelbare gewetensbeslissing tot het besluit komt dat men tot zwangerschapsafbreking dient over te gaan, dan moeten de onderstaande begeleidende maatregelen in ieder geval worden toegepast. Deze minimale omkadering moet ervoor zorgen dat de menselijke waardigheid van alle betrokkenen, ondanks de toepassing van zwangerschapsafbreking, zoveel mogelijk wordt gerespecteerd. We volgen hier de aanbevelingen geformuleerd in het werk van Carlo Loots (2001).

### 5.1. ZORG VOOR OUDERS DIE DE ZWANGERSCHAP WENSEN VERDER TE ZETTEN

Wanneer ouders na een positieve prenatale diagnose beslissen om de zwangerschap verder te zetten, is het vaak wenselijk dat een deel van de prenatale zorg wordt overgenomen door een gespecialiseerde dienst, in samenwerking met de huisarts en de behandelende gynaecoloog. Het kan aangewezen zijn om de sociale dienst van het ziekenhuis in de zorg voor de ouders te betrekken.

De behandelend gynaecoloog moet samen met de huisarts erover waken dat de ouders de kans krijgen om in het reine te komen met de verwarrende en soms tegenstrijdige gevoelens die met het verwachten van een gehandicapt kind gepaard gaan. Het kan aangewezen zijn door te verwijzen naar een patiënten- of oudervereniging.

Gespecialiseerde kinderartsen en orthopedagogen kunnen de ouders nuttige informatie geven over de aandoening die bij hun kind is vastgesteld en over het leven met deze aandoening. Ook moet op alle vormen van mantelzorg worden gewezen. Dit kan ouders helpen om de toekomst voor te bereiden.

De commissie wenst nogmaals in herinnering te brengen dat dezelfde opvang moet voorzien worden voor ouders die onverwacht (ondanks 'normale' onderzoeksresultaten) geconfronteerd worden met de geboorte van een gehandicapt kind.

### 5.2. ZORG VOOR OUDERS DIE DE ZWANGERSCHAP WENSEN AF TE BREKEN

Het afbreken van een zwangerschap van een gewenst kind is een ingrijpend gebeuren dat een grote impact heeft op de betrokken ouders. De commissie roept de ziekenhuizen daarom op veel aandacht te besteden aan een goede opvang en nazorg bij het afbreken van een zwangerschap.

advies 13  
VISIETEKST

De behandelende gynaecoloog moet samen met de hoofdvroedvrouw een duidelijke uitleg geven over hoe de zwangerschapsafbreking gaat verlopen, hoeveel tijd deze ingreep vraagt en aan welke fysieke en emotionele weerslag de ouders zich mogen verwachten. Dit kan bijvoorbeeld schriftelijk worden ondersteund via een informatieve tekst. De ingrijpende existentiële ervaring waaraan in het bijzonder de vrouw als moeder wordt blootgesteld, moet bijzondere aandacht krijgen. De gynaecoloog en de hoofdvroedvrouw bespreken ook met de ouders of zij het vruchtje wensen te zien, en of zij het al dan niet een naam willen geven. Indien de ouders een persoonlijk afscheid wensen, worden in samenspraak met de pastorale dienst afspraken gemaakt in verband met begravenis en afscheidsrituelen. Dit kan de ouders helpen in het voltrekken van het rouwproces. **De commissie dringt erop aan dat de ziekenhuizen alles in het werk stellen om een menswaardig afscheid mogelijk te maken. Het oneerbiedig omgaan met de vrucht is ethisch onaanvaardbaar.**

De gynaecoloog overlegt tijdig met de hoofdvroedvrouw hoe de zwangerschapsafbreking kan worden ingepast in het werkschema, en hoe een optimale professionele begeleiding kan worden verzekerd. De vroedvrouw die zal assisteren bij de afbreking wordt ruim op voorhand op de hoogte gesteld. Zij stelt zich aan de ouders voor als diegene die hen zal begeleiden gedurende de zwangerschapsafbreking. Op de materniteit wordt een aangepaste kamer gereserveerd waar de vrouw gedurende haar opname zal verblijven (zonder kinderbbox, zonder monitoring, enzovoort). Indien de ouders hiermee akkoord gaan, wordt de pastorale dienst verwittigd en gevraagd zich beschikbaar te houden.

Ouders moeten zelf uitmaken of ze hun beslissing tot het afbreken van de zwangerschap meedelen aan verwanten, vrienden of kennissen. De vroedvrouw en de pastorale dienst ondersteunen de ouders bij het maken van keuzen en bieden aan hen concrete voorbeelden aan. Bijzondere zorg moet besteed worden aan de andere gezinsleden (andere kinderen, grootouders, ...) die elk ook een rouwproces doormaken.

Na het afscheid van de baby volgt het ontslag dat gepaard gaat met een begeleidend gesprek met de gynaecoloog, de hoofdvroedvrouw en de pastor. Drie dagen na ontslag worden de ouders gecontacteerd en wordt gevraagd of zij al dan niet een afspraak wensen om langs te komen. Na twee weken volgt een eerste verkennend gesprek met de gynaecoloog waar eventuele resultaten van autopsie en andere mogelijke testen worden besproken. Het verdient aanbeveling na ongeveer zes tot acht weken terug contact te hebben met de ouders zodat zij hun ervaringen en gevoelens kunnen uiten. Ook is het aangewezen een afspraak te maken rond de periode dat normaal de bevalling zou plaatsvinden.

## 6. KWALITEIT VAN DE ETHISCHE BESLUITVORMING INZAKE ZWANGERSCHAPS-AFBREKING NA PRENATALE DIAGNOSTIEK

Bij de besluitvorming inzake prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking zijn altijd verschillende partijen betrokken. Het is essentieel dat de emotionele reacties, de intuïties en de standpunten van alle betrokkenen ernstig worden genomen. Dit gaat volgens de commissie beter in een model van open communicatie dan in een benadering die individuele zelfbeschikking vooropstelt. Communicatie betekent rekening houden met het gezichtspunt van de ander.

### 6.1. OUDERS EN ONGEBOREN KIND

Hoger (zie 4.2.) stelde de commissie dat er bij de ethische afweging een evenwicht moet zijn tussen belangrijke ethische waarden: het respect voor de autonomie van de vrouw/ouders, het respect voor het ongeboren menselijke leven, enzovoort. Dit impliceert dat het in de context van de prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking in zekere zin om een drie-partnerrelatie gaat: de ouders, het ongeboren kind en het hulpverlenend team. Het streven naar een dergelijk evenwicht via gezamenlijke exploratie en overleg tussen de ouders en het hulpverlenend team biedt volgens de commissie de beste garantie voor een adequate bescherming van de menselijke persoon als autonoom individu, maar ook als relationeel wezen dat in de beslissingen aangaande zijn leven verbonden is met anderen.

**Essentieel voor het welslagen van de dialoog is dat de ouders vanaf het begin gemotiveerd worden tot deelname aan een proces van gezamenlijke exploratie van mogelijke handelwijzen. Alleen door communicatie kunnen pseudo-vragen en –oplossingen die gebaseerd zijn op onvolledige of onjuiste informatie, geïdentificeerd worden.**

**Keuzen in verband met prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking worden niet door de ouders alleen genomen. Voor de commissie is het onaanvaardbaar dat ouders zwangerschapsafbreking eisen ‘zonder verder overleg’.** Gezien de aanwezigheid van het ongeboren leven dient het gesprek ook te gaan over de vraag naar de ethische kwalificatie van de verschillende alternatieven. Dit vraagt om een ethische structurering van het dilemma en om morele steun opdat de ouders later zelf hun eigen genomen beslissing – met alle daarin vervatte blijvende onzekerheid – ook metterdaad kunnen aanvaarden.

Elke beslissing moet steeds het resultaat zijn van het streven naar een consensus. Het is van groot belang dat ouders en het

advies 13  
VISIETEKST

hulpverlenend team met elkaar in dialoog treden. De opvattingen van de betrokkenen in dit besluitvormingsproces worden niet beschouwd als een vaststaand gegeven dat om onmiddellijke uitvoering vraagt, maar als onderwerp van gezamenlijke exploratie en overleg. Deze procesmatige aanpak betekent niet dat de wil van de ouders onbelangrijk is. Wat de ouders willen is cruciaal, maar kan in vele gevallen niet eenvoudig vastgesteld worden. De precieze inhoud van de wil van de ouders moet in vele gevallen ook voor henzelf geëxploreerd en ontwikkeld worden. De wil van de ouders kan de dialoog dus niet vervangen. Integendeel, alleen via een gezamenlijke exploratie wordt de echte wil geleidelijk duidelijk en kan deze uitgroeien tot een gewetenskeuze.

## 6.2. HULPVERLENEND TEAM

Vanwege de verwevenheid van zowel gynaecologische, genetische als vroedkundige aspecten in het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking is het essentieel dat gynaecologen, genetici, vroedvrouwen en andere hulpverleners (psychologen, maatschappelijk werkers, huisarts, pastores, ethici) met respect voor elkaars bijdrage tot een nauwe samenwerkingsrelatie komen. De commissie kiest dus resoluut voor een multidisciplinaire aanpak. Een besluit wint aan waarde wanneer iedere betrokkene is gehoord en een beslissing weloverwogen en goed onderbouwd tot stand is gekomen. De commissie pleit in het bijzonder voor een vroege inschakeling van vroedvrouwen in het zorgproces. Om de samenwerking tussen alle hulpverleners optimaal te laten verlopen, is het aangewezen richtlijnen hieromtrent op te stellen.

De eindverantwoordelijkheid voor alle medische beslissingen wordt gedragen door de gynaecoloog. Hij is niet alleen medisch onderlegd, hij bezit ook de wettelijke bevoegdheid.

Een hulpverlener kan niet worden verplicht deel te nemen aan de besluitvorming of aan de uitvoering van zwangerschapsafbreking. **Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de directie dat de gewetensvrijheid van ieder personeelslid wordt gerespecteerd.**

**De commissie benadrukt dat de vroedvrouw in geen geval de zwangerschapsafbreking zelf mag uitvoeren.**

## 6.3. VERZORGINGSINSTELLING

Hoewel in het debat omtrent prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking de aandacht vooral wordt gevestigd op het zorgvuldig handelen en de verantwoordelijkheid van de betrokken gynaecologen, groeit het besef dat ook ziekenhuizen

advies 13  
VISIETEKST

een belangrijke verantwoordelijkheid hebben dienaangaande. De verantwoordelijken van het ziekenhuis hebben immers de taak om de kwaliteit van zorg in hun ziekenhuis voor hun patiënten te bewaken en te waarborgen door het opzetten van samenwerking met een centrum voor menselijke erfelijkheid, het centrum voor Relatievorming en Zwangerschapsproblemen (cRZ), ouderverenigingen, zelfhulpgroepen, enzovoort. Hulpverleners (o.a. vroedvrouwen) hebben ook behoefte aan een goede ondersteuning door het beleid van het ziekenhuis waarin ze werken. **In dit verband pleit de commissie voor de ontwikkeling van een ethisch instellingsbeleid inzake prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking. Dit beleid kan aanleiding geven tot een goed doordachte procedure voor de klinische praktijk, voorkomt bepaalde ongewenste praktijken (bijvoorbeeld prenatale diagnostiek zonder counseling), en scheidt klaarheid inzake de verantwoordelijkheden van alle betrokkenen (bijvoorbeeld vroedvrouwen mogen geen zwangerschapsafbreking uitvoeren).** Zonder beleid kunnen spanningen en conflicten ontstaan. De kwaliteit van de zorg neemt bovendien af, want mensen werken langs elkaar heen. **Via een ethisch beleid moet de aandacht voor zwangere vrouwen in moeilijkheden worden geconcretiseerd en moet een structurele bespreekbaarheid worden gegarandeerd.**

Het uitstippelen van een visie omtrent het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking is niet voldoende. Het is ook belangrijk dat dit beleid binnen en buiten het ziekenhuis kenbaar wordt gemaakt, zodat aanstaande ouders en aanstaande medewerkers weten wat ze kunnen verwachten. De opdrachtsverklaring en de patiëntenbrochure bieden in dit verband heel wat mogelijkheden.

#### 6.4. SAMENLEVING

De in dit advies geformuleerde ethische stellingname leidt ertoe dat christelijke ziekenhuizen ruimte willen creëren voor een zeer zorgvuldige waardeafweging en kwalitatief hoogstaande omkadering van de organisatie van het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking. **Dit betekent dat de commissie zich uitdrukkelijk uitspreekt ten gunste van een groot respect voor en een sterke solidariteit met (de ouders van) kinderen met een handicap en kinderen met chronische aandoeningen** (Faculteit Geneeskunde 2001). De commissie vraagt ook veel begrip voor de ouders die in de huidige context, met de beschikbaarheid van prenatale testen, voor nieuwe en moeilijke keuzen worden gesteld. Daarbij dienen zowel de ouders die deelnemen aan de diagnostische trajecten, als de ouders die afzien van enige vorm van testen, met de nodige zorg omringd te worden. Aan de Vlaamse samenleving richt de commissie de dringende vraag of zij in staat is en tevens bereid

advies 13  
VISIETEKST

is de levensomstandigheden van ernstig gehandicapten en chronisch zieke kinderen zo gunstig te maken als haar mogelijk is en aldus de kwaliteit van leven te verhogen. Kwaliteit van leven is immers geen natuurlijk gegeven, maar is een maatschappelijke taak (Demmer 1987, p. 113). Het is paradoxaal dat in onze welvaartsstaat waar medisch zoveel kan worden verholpen, abortus steeds meer prevaleert op de bescherming van en de zorg voor het zwakke leven. Het verzakelijken van het menselijke leven en het geen waarde toekennen aan iets dat niet aan bepaalde kwaliteitslabels beantwoordt, wijst op een moreel verval in onze samenleving (Van Neste 2007).

## BESLUIT

Het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking vraagt steeds meer aandacht van hulpverleners, evenals van de samenleving in het algemeen. Het hangt samen met onze kijk op het ongeboren menselijke leven, de plaats van autonomie in het leven van mensen, en niet in het minst met onze visie ten aanzien van lijden en handicap. Met dit advies heeft de commissie willen illustreren dat de problematiek niet louter vanuit een medische invalshoek kan opgelost worden, zelfs niet wanneer deze aangevuld wordt met een psychologische aanpak. Het zorgproces rond prenatale diagnostiek en zwangerschapsafbreking vraagt om een multidisciplinaire benadering waarbij erkend wordt dat het in wezen om een ethisch en levensbeschouwelijk gekleurd dilemma gaat. *“Zonder onbaatzuchtige menslievendheid is de toekomst van gehandicapt ongeboren leven nauwelijks gewaarborgd. Die hogere vorm van liefde veronderstelt meer dan ethische redelijkheid en aanvoelen. De bron daarvan ligt in een al dan niet religieus geïnspireerde bezieling van een persoon die bereid is zijn eigen leven te geven voor het welzijn van anderen”* (Van Neste 2007).

Goedgekeurd door de Raad van Bestuur  
op 24 april 2008

# HET ZORGPROCES INZAKE ZWANGERSCHAPSAFBREKING NA PRENATALE DIAGNOSTIEK

- DEMMER, K., *Leben in Menschenhand. Grundlagen des bioethischen Gesprächs*, Freiburg, 1987.
- FACULTEIT GENEESKUNDE, Commissie voor medische ethiek, *Ethisch advies i.v.m. prenatale diagnostiek, niet-gepubliceerd document*, 16 oktober 2001.
- GARCIA, E., TIMMERMANS, D. & E. VAN LEEUWEN, *The Impact of Ethical Beliefs on Decisions about Prenatal Screening Tests. Searching for Justification*, *Social Science and Medicine* 66 (2008) 753-764.
- GAREL, M., S. GOSME-SEGURET, M. KAMINSKI & M. CUTTINI, *Ethical Decision-making in Prenatal Diagnosis and Termination of Pregnancy. A Qualitative Survey Among Physicians and Midwives*, *Prenatal Diagnosis* 22 (2002) 811-817.
- GEERINCK-VERCAMMEN, C., *Rouwverwerking bij doodgeboorte en zwangerschapsafbreking*, De Arbeiderspers, Amsterdam, 2000.
- HANNA, D., *The Lived Experience of Moral Distress. Nurses who Assisted with Elective Abortions*, *Res Theory Nursing Practice* 19 (2005) 95-124.
- HOEDEMAEKERS, R., *Prenatale risico-voorspellende diagnostiek. Moreel verdedigbaar of moreel gewenst? In B. GORDIJN (ed.) Spreken of zwijgen? Over de omgang met genetische tests*, Valkhof Pers, Nijmegen, 2004.
- JALLINOJA, P., SANTALAHTI, P., TOIVIAINEN, H. & E. HEMMININKI, *Acceptance of Screening and Abortion for Down Syndrome Among Finnish Midwives and Public Health Nurses*, *Prenatal Diagnosis* 19 (1999) 1015-1022.
- JOHANNES PAULUS II, *Evangelium Vitae. Over de waarde en de onaantastbaarheid van het menselijk leven*, 1995.
- LOOTS, C., *Ik verwacht een gehandicapt kind. Wat nu?*, Davidsfonds, Leuven, 2001.
- MENAHAM, S. & J. GRIMWADE, *Pregnancy Termination Following Prenatal Diagnosis of Serious Heart Disease in the Fetus*, *Early Human Development* 73 (2003) 71-78.
- SANTALAHTI, P., HEMMININKI, E., LATIKKA, A. & M. RYYNÄMEN, *Women's Decision-making in Prenatal Screening*, *Social Science and Medicine* 46 (1998) 1067-1076.

advies 13

## LITERATUUR

- SPENCER, K., SPENCER, C., POWER, M., MOAKES, A. & K. NICOLAIDES, One Stop Clinic for assessment of Risk for Fetal Anomalies. A Report of the First Year of Prospective Screening for Chromosomal Anomalies in the First Trimester, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 107 (2000) 1271-1275.
- SPITZ, B., 'Je zult niet doden!' of 'Je zult het leven respecteren!'. In: KALAAI, M. et al. (ed.), *Zorg om het beginnende leven. Ethische reflecties vanuit de medische praktijk*, UCSIA, Antwerpen, 2007, 19-29.
- VAN BERKEL, D. & C. VAN DER WEELE, Norms and Prenorms on Prenatal Diagnosis. New Ways to Deal with Morality in Counseling, *Patient Education and Counseling* 37 (1999) 153-163.
- VAN NESTE, F., Een hogere vorm van liefde. Zorg voor het gehandicapte ongeboren leven, *Tertio* 27 juni 2007, 3-4.