

Een gezamenlijke abortuservaring: een normatieve analyse van de betrokkenheid van partners in abortuscentra

Dorian Accoe, Guido Pennings en Veerle Provoost¹

Abstract

Induced abortion is a widespread practice in Belgium and most western societies. Although many male partners are confronted with an abortion of their partner, some of them feel excluded and ignored in abortion clinics. In this article, we examine three possible justifications for the exclusion of the male partner. These justifications are, first, the idea of abortion as a solely female issue, second, risks of reproductive coercion, and third, possible negative effects on the wellbeing of the pregnant person. Having examined these justifications, we argue that in a well-functioning relationship, abortion is a shared experience. Since partners have moral and relational duties towards one another, the pregnant person should be able to involve their male partner throughout the abortion trajectory. In conclusion, a partner-friendly environment should be promoted in abortion clinics.

1. Inleiding

Abortus provocatus of een geïnduceerde afbreking van een ongewenste zwangerschap is een vaak voorkomende praktijk in België. Eén op de vier zwangerschappen in België is ongepland, waarvan twee derde aanvankelijk als ongewenst wordt benoemd (Buysse et al. 2014). Zwangerschappen die ongewenst blijven (één op drie), worden het vaakst afgebroken in abortuscentra (Buysse et al. 2014). Er werden – volgens de nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (2021) – 18.027 zwangerschapsafbrekingen geregistreerd in België in 2019. In dat jaar werden ongeveer 8.4 abortussen verricht per 1.000 vrouwen tussen 15 en 44 jaar.

1. De auteurs van dit artikel zijn verbonden aan de Universiteit Gent en werkzaam in het Bioethics Institute Ghent (BIG): Dorian Accoe als doctorandus, Guido Pennings als emeritus hoogleraar en Veerle Provoost als hoofddocent. Contact: Dorian.Accoe@UGent.be; Guido.Pennings@UGent.be; Veerle.Provoost@UGent.be. Dit artikel is vrij beschikbaar volgens de bepalingen van de Creative Commons licentie Naamsvermelding-NietCommercieel-GeenAfgelideWerken (BY-NC-ND).

Aangezien een zwangerschap (en dus ook een ongewenste zwangerschap) tot stand komt door twee partijen, en de mannelijke partner de vaakst voorkomende steunpersoon is in een abortuscentrum (Beenhakker et al. 2004), is het aannemelijk dat ook heel wat partners een zwangerschapsafbreking ervaren. De literatuur omtrent de mannelijke partner in een abortuscontext is echter schaars (Nagy en Rigó 2019). Het gevoerde abortusdebat gaat voornamelijk over het conflict tussen de rechten van de zwangere persoon enerzijds en de rechten van de foetus anderzijds.

Het schaars onderzoek suggereert dat sommige mannelijke partners die de zwangere persoon vergezellen naar het abortuscentrum zich uitgesloten of genegeerd voelen (Makenzius et al. 2012; Reich en Brindis 2006). Kero en Lalos (2004) vonden in hun Zweedse studie dat meer dan de helft van de mannelijke partners die waren meegegaan naar het abortuscentrum “did not feel that the staff had a welcoming attitude” (141). Veiga et al. (2011) onderzochten de evaluatie van de aanwezigheid van een steunpersoon – meestal de partner – in de herstelruimte na de abortusingreep in een Canadese kliniek. Bijna iedereen (98%, n = 63) meldde dat de aanwezigheid van hun steunpersoon een hulp was, 94% meldde dat de aanwezigheid voordelig was “to go through this” en 97% zou de keuze om de steunpersoon toe te laten opnieuw hebben gemaakt (Veiga et al. 2011, 270). Die bevindingen kwamen overeen met de perceptie van de steunpersoon zelf. Echter, indien de verpleegkundigen (n = 7) bevestigd werden, vertoonden zij eerder een negatieve houding tegenover de aanwezigheid van de steunpersoon (Veiga et al. 2011).

Een mannelijke partner kan op verschillende manieren uitgesloten worden doorheen het abortusproces (i.e. het moment dat de zwangerschap opgemerkt wordt, tot en met de verwerking van de abortus). Partners worden in sommige landen (fysiek) verhinderd het abortuscentrum binnen te komen of te participeren aan counselinggesprekken (Altshuler et al. 2021; Shostak 2008). Verder voelen sommige partners zich uitgesloten aangezien ze niet op de hoogte waren van de zwangerschap of aangezien ze hun betrokkenheid als ongewenst percipieerden (Reich en Brindis 2006). Zorgverleners kunnen de mannelijke partner, naast fysiek, ook psychisch ‘uitsluiten’ door bijvoorbeeld (al dan niet bewust) alle informatie te richten naar de zwangere persoon of door hem te negeren (Makenzius et al. 2012).

Er is geen empirisch onderzoek beschikbaar omtrent de houding van Belgische zorgverleners tegenover de betrokkenheid van de mannelijke partner bij een abortus. In België mag de zwangere persoon (indien die dat wenst) vergezeld worden door een steunpersoon tijdens de consultatie en behandeling (Luna, n.d.). De mannelijke partner wordt dus niet fysiek of psychologisch uitgesloten in het abortuscentrum. De mate waarin zijn betrokkenheid ook aanvaard en aangemoedigd wordt, moet door verder empirisch onderzoek worden verduidelijkt. Los van de

werkelijke toestand, kan de vraag gesteld worden of de mannelijke partner al dan niet uitgesloten zou moeten worden.

In dit artikel worden drie rechtvaardigingen voor een mogelijke uitsluiting – hetzij fysiek, hetzij psychisch – van de mannelijke partner geanalyseerd. Men zou ten eerste het uitsluiten van mannelijke partners in abortuscentra kunnen rechtvaardigen door te stellen dat abortus een louter vrouwelijke kwestie is. Ten tweede zou de uitsluiting van partners gerechtvaardigd kunnen zijn indien in de praktijk blijkt dat de reproductieve autonomie van voldoende zwangere personen geschaad wordt door de betrokkenheid van de mannelijke partner. Een laatste mogelijke rechtvaardiging is utilistisch van aard. Men zou namelijk kunnen stellen dat de uitsluiting van de mannelijke partner gerechtvaardigd is indien blijkt dat men hierdoor het welzijn maximaliseert.

Het tweede deel van dit artikel biedt eerst twee mogelijke verklaringen van een negatieve houding tegenover mannelijke partners in abortuscentra. Vervolgens wordt een zwangerschapsafbreking als onderdeel van het gezamenlijk reproductief project geschetst. Door de zwangerschap niet in een relationeel vacuüm te zien, kunnen we gedeelde verantwoordelijkheden identificeren. Na de ‘verbonden autonomie’, zal ten slotte het ‘verbonden welzijn’ in een goed functionerende partnerrelatie besproken worden. Deze analyse is relevant voor de vraag of, en zo ja, in welke mate men een partnervriendelijke omgeving in abortuscentra zou moeten promoten. In een partnervriendelijke omgeving wordt de partner actief betrokken doorheen het abortusproces (e.g. tijdens de counseling of nazorg).

In dit artikel staat het legaal beslissingsrecht van de persoon die de zwangerschap draagt buiten kijf. Er wordt gefocust op situaties waarbij een mannelijke partner betrokken is bij een abortusproces van een zwangere persoon.² Dit uiteraard in de erkenning dat er meerdere situaties voorvallen waarbij de steunpersoon geen man of geen partner van de zwangere persoon in kwestie is. De notie ‘partner’ wordt beperkt tot reproductieve partners die een gevestigde relatie hebben met iemand die een zwangerschap wenst af te breken. We vertrekken in dit artikel dus van een notie van een relatie of partnerschap die westers en monogaam is. Mogelijke alternatieven op deze relatiesamenstelling komen voor in een abortuscontext, maar werden hier buiten beschouwing gelaten.

2. Personen die een zwangerschap afbreken worden geregistreerd als ‘vrouw’. Echter, ook transmannen en andere personen die zich niet identificeren als vrouw kunnen zwanger worden.

2. Mogelijke rechtvaardigingen van de uitsluiting van partners in abortuscentra

2.1. *Abortus is een strikt vrouwelijke kwestie*

Een eerste mogelijke rechtvaardiging voor de uitsluiting van de mannelijke partner in abortuscentra heeft betrekking op de idee dat een zwangerschapsafbreking een louter vrouwelijke kwestie is. Men kan deze stelling op twee manieren interpreteren: enerzijds biologisch of lichamelijk, en anderzijds wettelijk.

De eerste reden van de stelling is gegrond op het biologisch feit dat enkel mensen met een baarmoeder zwanger kunnen worden. “Abortion is sex-specific: only a woman can have one” (Reader 2008, 138). Het is echter betwistbaar om louter op basis van biologische gegevens de uitsluiting van de mannelijke partner te rechtvaardigen. Er zijn in de eerste plaats bedenkingen omtrent de inhoud van de stelling.³ Ten eerste is de foetus genetisch ook deel van de partner. Verder komt de zwangerschap in natuurlijke omstandigheden tot stand door een gezamenlijke actie. De mannelijke partner is met andere woorden minstens causaal verantwoordelijk voor de zwangerschap. Deze mogelijke rechtvaardiging op basis van biologische feiten heeft in de tweede plaats een fundamenteeler probleem. Zelfs indien het waar zou zijn dat abortus biologisch gezien een strikt vrouwelijke kwestie is, is deze stelling louter descriptief – en niet normatief – van aard. Het feit dat alleen een vrouw zwanger kan worden en een abortus kan hebben (descriptief), zegt ons met andere woorden niet waarom een zwangerschap of abortus ook een strikt vrouwelijke kwestie zou moeten zijn (normatief).

De tweede reden is gegrond in het wettelijk recht op abortus dat enkel aan de zwangere persoon wordt toegewezen. Dit is gebonden aan de eerste reden aangezien het wettelijk zelfbeslissingsrecht omtrent de uitkomst van de zwangerschap gerechtvaardigd wordt op basis van het recht op fysieke integriteit. Dit betekent dat iedereen, uitgezonderd de zwangere persoon in kwestie, wettelijk uitgesloten wordt van het beslissingsproces om de zwangerschap al dan niet af te breken. Wegens plaatsgebrek zal er niet worden ingegaan op de redenen waarom de mannelijke partner wettelijk geen zeggenschap zou mogen hebben. Zoals aangehaald, is het een aanname van dit artikel dat het wettelijk abortusrecht van de persoon die de zwangerschap draagt niet in gevaar gebracht mag worden.

De wettelijke uitsluiting van derden – waaronder de mannelijke partner – omvat enkel het beslissingsaspect van een abortuservaring. De partner kan echter betrokken zijn door aanwezig te zijn, te steunen, of geïnteresseerd te zijn zonder (mee) te beslissen over de uitkomst van de zwangerschap. Een algemene uitsluiting van partners in abortuscentra kan dus niet gerechtvaardigd worden door de wettelijke uitsluiting in het beslissingsproces. Bovendien wordt er meestal juist

3. Merk, zoals aangehaald, op dat ook personen die geen vrouw zijn zwanger kunnen worden.

aangegeven dat de partner een belangrijke rol speelde in het beslissingsproces (Vandamme, Buysse en T'Sjoen 2017). In de studie van Makenzius et al. (2012) bij Zweedse mannen (n = 590), en vrouwen die hun zwangerschap hadden afgebroken (n = 798), was slechts zes percent van de mannen niet betrokken bij de abortusbeslissing, 62% was “very much involved” en één derde “partly involved” (Makenzius et al. 2012, 263). De vrouwen in de studie van Costescu en Lamont (2013) die nog niet beslist hadden voor ze hun partner informeerden, vroegen allemaal advies aan hun partner. Twee derde van de respondenten gaf aan dat de beslissing om de zwangerschap af te breken een gezamenlijke beslissing was. Een klein percentage (5%) van de vrouwen gaf aan dat het voornamelijk de beslissing van de partner was (Costescu en Lamont 2013).

Kortom, we kunnen stellen dat een abortus – of abortuservaring – meestal geen strikt vrouwelijke kwestie is. Deze stelling biedt dus geen rechtvaardiging om de partner uit te sluiten doorheen het abortusproces of in het abortuscentrum.

2.2. Een gevaar voor reproductieve dwang

Hoewel de partner wettelijk gezien geen zeggenschap heeft omtrent de uitkomst van de zwangerschap, blijkt hij wel betrokken te zijn bij de beslissing (zie supra). Door deze inmenging zou hij de zwangere persoon kunnen verplichten, dwingen of manipuleren in de abortusbeslissing. Het controleren van de uitkomst van een zwangerschap maakt samen met “birth control sabotage” en “coercion or pressure to get pregnant” deel uit van wat men *reproductieve dwang* (“reproductive coercion”) noemt. Reproductieve dwang wordt breed gedefinieerd als “behavior that interferes with the autonomous decision-making of a woman, with regard to reproductive health” (Grace en Anderson 2018, 372). De uitsluiting van de mannelijke partner kan gerechtvaardigd worden door te stellen dat zijn betrokkenheid een gevaar vormt voor de reproductieve autonomie van de zwangere persoon. De tweede mogelijke rechtvaardiging is meer bepaald gebaseerd op het risico dat iemand onvrijwillig een zwangerschap beëindigt.

Het is vooreerst belangrijk om de prevalentie van onvrijwillige abortussen in kaart te brengen. Volgens de overzichtsstudie van Grace en Anderson (2018, 382) lag het aantal zwangerschappen die onder druk afgebroken zijn tussen de 0.1 en vier percent. Chibber et al. (2014) vonden dat van de acht percent van de personen die aangaven slachtoffer te zijn van partnergeweld, één persoon onder druk van de mannelijke partner de zwangerschap beëindigd had. De meeste mannelijke partners die mee naar het abortuscentrum gingen, steunden de beslissing ongeacht hun eigen wensen omtrent de zwangerschapsuitkomst (Jones, Moore en Frohwirth 2011; Kero en Lalos 2004; Nguyen et al. 2018). Bovendien is de tevredenheid met de rolverdeling in het beslissingsproces in het algemeen vrij hoog (Vandamme, Buysse en T'Sjoen 2017). Van de bijna 70%

die aangaf dat de verwekker van de zwangerschap betrokken was in de abortusbeslissing, evalueerde 85% deze betrokkenheid positief (Beenhakker et al. 2004). Kortom, in de meeste gevallen vormt de betrokkenheid van de mannelijke partner in het abortuscentrum, of zijn inmenging in de abortusbeslissing, geen gevaar voor de reproductieve autonomie van de persoon die de zwangerschap draagt.

Men kan echter stellen dat het aantal onvrijwillige abortussen (maximaal vier percent) voldoende hoog is om op basis hiervan de uitsluiting te rechtvaardigen. Dit is enkel plausibel indien er geen redelijk alternatief bestaat waarbij men enkel deze uitzonderlijke, ongewenste gevallen kan uitsluiten. Deze specifieke of gerichte uitsluiting (en hiermee wordt de uitsluiting van partners bedoeld die een gevaar vormen voor de reproductieve autonomie van de zwangere persoon) is wellicht mogelijk indien de mannelijke partner op verzoek uitgesloten kan worden in het abortuscentrum. Door, met andere woorden, de keuze aan de zwangere persoon te laten om de mannelijke partner al dan niet te betrekken in het abortuscentrum kunnen we minstens een deel van de ongewenste gevallen uitsluiten zonder hiervoor alle partners uit te sluiten.

Er zijn twee redenen waarom de gerichte uitsluiting de rechtvaardiging op basis van het gevaar voor reproductieve dwang weerlegt. Men zou ten eerste net de autonomie van de zwangere persoon ontkennen, mocht men ervan uitgaan dat die niet zelf kan beslissen om de mannelijke partner al dan niet uit te sluiten in het abortuscentrum. Hoewel men de autonomie wil beschermen, verhindert men door een algemene uitsluiting de beslissingsvrijheid van personen die de betrokkenheid van hun partner wensen. Indien men veronderstelt dat iemand zelf kan beslissen om een zwangerschap al dan niet te beëindigen, zou men moeten aannemen dat diezelfde persoon kan beslissen of hun mannelijke partner al dan niet aanwezig of betrokken mag zijn.

Ten tweede leidt de uitsluiting van alle partners in abortuscentra niet noodzakelijk tot een vermindering van reproductieve dwang of ongewenste invloed op de autonomie van de zwangere persoon. Aangezien de meeste beslissingen om de zwangerschap af te breken genomen worden voor het eerste bezoek aan het abortuscentrum, kan een partner ook zonder daar aanwezig te zijn dwang uitoefenen of manipuleren. Zelfs al zouden abortuscentra alle mannelijke partners volledig uitsluiten, zou dit wellicht niet alle gevaren voorkomen. De mogelijkheid bestaat dat het net gemakkelijker zou zijn om ongewenste gevallen te identificeren en zwangere personen hiervoor te beschermen indien men mannelijke partners niet uitsluit. Door hem bijvoorbeeld te betrekken bij de counseling kan een zorgverlener de situatie beter inschatten en hulp bieden indien nodig. Om deze mogelijkheid te staven, is echter meer onderzoek vereist.

2.3. Een negatieve impact op het welzijn

De betrokkenheid van ongewenste partners kan naast een gevaar voor de reproductieve autonomie, ook een gevaar vormen voor het welzijn van de persoon die de zwangerschap draagt. Indien zou blijken dat de negatieve impact van sommige betrokken partners de positieve impact van andere betrokken partners overstijgt, kan men de uitsluiting van alle partners (utilitisch) rechtvaardigen. Er zijn twee mogelijke negatieve invloeden. Ten eerste hebben gewelddadige partners een negatieve impact op het welzijn van de zwangere persoon. De studie van Biggs et al. (2016) stelt dat voor acht percent ($n = 28$) van de vrouwen in hun longitudinale studie intiem partnergeweld de oorzaak was van hun symptomen van post-traumatische stress na een abortus. Gewelddadige partners hebben niet alleen een directe negatieve invloed op het welzijn, maar verhinderen bovendien de sociale steun van anderen (Aston en Bewley 2009). Een tweede negatieve invloed heeft betrekking op de mogelijkheid dat ook in andere (niet-gewelddadige) omstandigheden de betrokkenheid van de mannelijke partner als bijkomende stressor ervaren wordt. Dit kan het geval zijn indien de partner bijvoorbeeld aanwezig is om louter praktische redenen of zelf emotioneel afziet.

De laatste mogelijkheid – die aangeeft dat ook in goed functionerende relaties de mannelijke partner een negatieve impact kan hebben op het welzijn van de zwangere persoon – wordt eerst in beschouwing genomen. Het is vooreerst belangrijk te melden dat een negatieve abortuservaring te wijten kan zijn aan andere (niet partnerafhankelijke) factoren. Zo is het mogelijk dat personen met meer stress en angst voor de abortus vaker vergezeld worden door een partner. Het verschil in welzijn tussen zij die niet vergezeld worden en zij die wel vergezeld worden, zou hierdoor geen effect zijn van de aanwezigheid van de mannelijke partner. Een voorbeeld kan dit verduidelijken: uit de mogelijke correlatie tussen mentale gezondheidsproblemen en psycholoogbezoeken, concludeert men niet dat de psycholoog de oorzaak is van de mentale instabiliteit. Het is bovendien mogelijk dat de beslissing om de zwangerschap af te breken moeilijker is voor iemand in een partnerrelatie dan voor iemand die de verwekker bijvoorbeeld niet kent.

Het blijft aannemelijk dat sommige mannelijke partners, zoals bij de eerste mogelijkheid omtrent intiem partnergeweld het geval is, een negatieve invloed hebben op het welzijn van de persoon die de zwangerschap draagt. Deze gevallen zou men gericht kunnen uitsluiten op dezelfde manier als mannelijke partners die een gevaar vormen voor de reproductieve autonomie van de persoon in kwestie. Door deze gerichte uitsluiting (of door de keuze te laten om de partner al dan niet te betrekken in het abortuscentrum) kan men minstens een deel van de ongewenste gevallen uitsluiten. Men kan dit risico nog verder verkleinen door, naast

het gezamenlijke gesprek, telkens een apart gesprek met de zwangere persoon te voorzien.

Er zijn twee redenen waarom de gerichte uitsluiting eveneens de rechtvaardiging op basis van het algemeen welzijn weerlegt. Ten eerste concluderen Altshuler et al. (2016) in hun overzichtsstudie van vijftien publicaties (uit zes landen) omtrent het welzijnseffect van de betrokkenheid van de partner dat – in niet-dwingerende relaties – partners een overwegend positieve impact hebben op het welzijn en post-abortusreactie van de persoon die de zwangerschap draagt. In de eerder aangehaalde studie van Veiga et al. (2011) gaf bijna iedereen die ervoor koos om hun steunpersoon toe te laten in de herstellkamer na de abortusingreep aan dat hun aanwezigheid een hulp was. Door betrokken te zijn, kan de mannelijke partner – in tegenstelling tot zorgverleners – langdurig en op verschillende momenten doorheen het abortusproces steun bieden. De partner is overigens de vaakst voorkomende steunpersoon in abortuscentra (Beenhakker et al. 2004) en uit een kwalitatieve studie van Newton et al. (2020) bleek bovendien dat alle geïnterviewde partners er naar verlangden om de zwangere persoon te steunen. Men zou door de uitsluiting van de partner in abortuscentra de mogelijke steun – en de positieve impact op het welzijn van de zwangere persoon – verhinderen. Net zoals bij het beschermen van de autonomie, verhindert men wederom net datgene wat men wil beschermen.

Ten tweede is er een inconsistentie in vergelijking met zwangerschapsafbrekingen omwille van medische redenen. De mogelijke uitsluiting of negatieve houding tegenover de betrokkenheid van de mannelijke partner blijkt namelijk bij een abortus omwille van bijvoorbeeld een foetale anomalie minder voor te komen (Altshuler et al. 2016).⁴ Het is echter plausibel dat ook bij zwangerschapsafbrekingen omwille van medische redenen de betrokkenheid van sommige mannelijke partners een negatieve impact heeft op het welzijn van de persoon die de zwangerschap draagt. In dit geval lijkt men ervan uit te gaan dat de zwangere persoon zelf kan en mag beslissen omtrent de betrokkenheid van de mannelijke partner. Dit zou eveneens moeten gelden voor zwangerschapsafbrekingen om niet-medische redenen.

Tot besluit, indien bovenstaande argumentatie volledig is, kan een uitsluiting van alle partners in abortuscentra niet gerechtvaardigd worden. Het is hierbij belangrijk dat – zoals in Belgische abortuscentra het geval is – de mogelijkheid om de partner te betrekken in het abortuscentrum aangeboden wordt aan de zwangere persoon.

4. Zoals aangegeven in de inleiding is het onduidelijk of dit ook in Belgische abortuscontexten het geval is. In België mag de partner in beide gevallen aanwezig zijn.

3. Abortus als onderdeel van het gezamenlijk reproductief project

3.1. De negatieve houding tegenover de partner

De negatieve houding tegenover mannelijke partners – en bijgevolg het feit dat sommige partners zich uitgesloten voelen – zou verklaard kunnen worden door foutieve ideeën in de samenleving omtrent abortussen, mannen en vrouwen. De houding kan een weerspiegeling zijn van, ten eerste, de idee van de zwangere persoon als ‘slachtoffer’ en man als ‘dader’, en ten tweede, de idee dat de persoon die de zwangerschap draagt, verantwoordelijk is voor de meeste reproductieve taken.

Het is vooreerst mogelijk dat de uitsluiting van sommige mannelijke partners in abortuscentra een gevolg is van een heersend idee van de man als ‘dader’ of ‘probleem’ en de zwangere persoon als ‘slachtoffer’ bij ongewenste zwangerschappen. De twee in de samenleving heersende beelden van ongewenst zwangere personen, beschreven door Vandamme, Buysse en T’Sjoen (2017), illustreren dit idee. Enerzijds wordt een ongewenst zwangere persoon dikwijls gezien als (tjener)meisje dat een *one-night stand* had en waarvan de verwekker ongekend of verdwenen is. Anderzijds omvat het heersend beeld een vrouw die slachtoffer is van partnergeweld en achter de rug van de man uit noodzaak de ongewenste zwangerschap beëindigt (Vandamme, Buysse en T’Sjoen 2017).

De twee in de samenleving heersende beelden zijn echter gebaseerd op uitzonderlijke situaties. Vandamme, Buysse en T’Sjoen (2017) vonden namelijk ten eerste dat de meeste personen die een zwangerschap afbreken (65%) een (middel)lange relatie hebben met de verwekker van de zwangerschap.⁵ Slechts een minderheid (16%) had geen vaste partnerrelatie (Vandamme, Buysse en T’Sjoen 2017). Ten tweede is – volgens de nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking (2021) – de gemiddelde leeftijd van personen die een zwangerschap beëindigen in België 29 jaar. De meeste partners in abortuscentra willen ten derde hun verantwoordelijkheden opnemen in het abortusproces (Halldén en Christensson 2010; Reich en Brindis 2006). Zoals eerder aangehaald, weten we bovendien dat conflictueuze of gewelddadige relaties een minderheid vormen (volgens Chibber et al. (2014) en Jones, Moore en Frohwirth (2011) respectievelijk acht en zeven percent). Ten slotte wordt er – volgens de eerder vermelde nationale commissie – zelden ‘partnerrelatiemoeilijkheden’ (2.59%) of ‘verkrachting’ (0.19%) opgegeven als reden waarom de zwangerschap afgebroken wordt.

Een negatieve houding tegenover de mannelijke partner kan ook verklaard worden door conservatieve genderrollen. Hierbij wordt de persoon die de zwan-

5. Volgens datzelfde onderzoek was de mate van steun, conflict en diepgang van de partnerrelaties gelijkaardig aan de gemiddelde relatielkwaliteit in België.

gerschap draagt gezien als de enige verantwoordelijke partij voor reproductieve taken en ouderlijke investering. Mannen worden daarentegen gezien als ongeïnteresseerd, onverantwoordelijk en onverschillig tegenover reproductie, zwangerschappen en opvoeding. Door dit als gegeven te accepteren in de samenleving bevestigt en versterkt men die traditionele genderrollen in plaats van ze in vraag te stellen. Volgens Altshuler et al. (2021) versterken abortuscentra – in hun poging om veiligheid en privacy te garanderen – de stigma's die ze proberen te vermijden. Het beschouwen van de beslissing omtrent abortus – en reproductieve kwesties in het algemeen – als een uitsluitend vrouwelijke taak zou volgens Hardwig (2015) bepaalde patriarchale genderrollen weerspiegelen en in stand houden. Hij schrijft:

Ironically, in its eagerness to empower women, the consensus position on abortion decisions has reinvented patriarchy. The logic of the position is that raising children not only is but also ought to be women's work. By marginalizing men in decisions about becoming a parent, we set the stage for men to take a marginal role in taking care of, raising, and nurturing children. Having children is a woman's thing. That's not what I think we should be teaching men about parenting. (Hardwig 2015, 44)

Dit is eveneens relevant voor het punt dat aangehaald werd in de eerste mogelijke rechtvaardiging. Indien we aannemen dat zwangerschappen en contraceptie (het niet zwanger worden) gedeelde verantwoordelijkheden zijn in een goed functionerende partnerrelatie – en dus geen strikt vrouwelijke kwesties zijn – zou een zwangerschapsafbreking eveneens een gedeelde verantwoordelijkheid moeten zijn. De biologische verschillen – zoals aangehaald in de eerste rechtvaardiging – zouden net zoals bij zwangerschappen en contraceptie irrelevant moeten zijn.

Het idee dat een zwangerschap (of reproductieve taken) een gedeeld project en verantwoordelijkheid is (of zou moeten zijn) in een goed functionerende partnerrelatie, is in lijn met ons algemeen beeld en veronderstellingen omtrent relaties van dit type. Partners in een goed functionerende relatie verwachten namelijk in het algemeen dat ze meeleven met elkaar en elkaar steunen in goede en kwade dagen. Ze zijn geïnteresseerd in wat door de ander gezien wordt als belangrijk en wensen elkaars aanwezigheid. Ze verlangen bovendien ongedwongen dat de ander invloed heeft op hun leven en nemen elkaars wensen en belangen in acht. Belangrijke ervaringen worden beschouwd als gezamenlijke ervaringen (Keller 2000). Deze algemene verwachtingen van en naar partners ontstaan uit het relationeel gegeven van een *verbonden autonomie* en *verbonden welzijn*.

3.2. Een verbonden autonomie

Een goed functionerende partnerrelatie kenmerkt zich door een verbonden autonomie. Men verwacht dat belangrijke beslissingen niet onafhankelijk van de ander gemaakt worden. Deze beslissingen hebben onder meer betrekking op situaties die een significante impact hebben op de ander in een relatie. Nozick (1989) geeft hierbij voorbeelden zoals beslissingen omtrent waar ze wonen, hoe ze leven en waar ze op reis gaan. Indien samenwonen verondersteld wordt in een partnerrelatie, verwacht men bijvoorbeeld dat iemand de aanbieding om in het buitenland te gaan werken (en hierdoor te moeten verhuizen) eerst met hun partner bespreekt. Een partner is namelijk iemand "who you would like to influence your life over time, someone who you would like to have lead your life in unforeseeable directions" (Keller 2000, 170).

De normatieve verwachtingen in een partnerrelatie, waaronder de verwachting dat de voor de partners belangrijke beslissingen en ervaringen gedeeld worden, leiden tot morele en *relationele plichten*. De idee van een 'belofte' kan dit illustreren. Door een belofte te maken, creëer ik een bepaalde verwachting bij de persoon aan wie ik de belofte maak. Ik heb eveneens de morele plicht om mij aan deze belofte te houden. Aan een partnerrelatie zijn verschillende normatieve verwachtingen gekoppeld die vergelijkbaar zijn met – soms impliciete of onderhandelbare – beloftes.

Het feit dat iemand bepaalde speciale plichten – ook wel "duties of love" (Wallace 2012) – heeft tegenover mensen met wie men een relatie heeft, is niet vreemd. Ik heb namelijk meer plichten tegenover mijn ouder, vriend of partner dan tegenover mensen die ik niet ken (Wallace 2012). Deze relationele plichten zijn dikwijls wederkerig en moeten gezien worden in een ongedwongen context waarin beide partijen bereid zijn om een deel van hun leven in te richten naar de belangen van de ander. Een voorbeeld kan dit verduidelijken. Seksuele activiteiten worden verwacht om exclusief gedeeld te worden tussen partners in een monogame relatie. Seks wordt met andere woorden – tenzij anders afgesproken – gezien als een activiteit die men uitvoert met niemand anders dan de partner. Deze verwachting houdt in dat beide partners de morele plicht hebben om ook deze activiteit exclusief te houden. Overspel kan hierdoor immoreel gevonden worden.

Naast seksuele activiteiten, wordt er meestal ook een exclusiviteit verwacht omtrent reproductieve kwesties (waaronder het al dan niet zwanger worden of een kind krijgen) (Pennings 1996). Voor velen is dit bovendien een centraal aspect in een partnerrelatie. Een ongewenste of ongeplande zwangerschap is dan ook dikwijls een belangrijke ervaring voor partners. Als men aanneemt dat partners belangrijke ervaringen delen, is het plausibel dat in een goed functionerende partnerrelatie de zwangerschapsafbreking – zoals andere reproductieve kwesties – een gezamenlijk project zou moeten zijn.

Net zoals in het voorbeeld van de mogelijke verhuis, houdt een gezamenlijk reproductief project ten eerste in dat beide partners van elkaar verwachten en verwacht worden samen te beslissen over het al dan niet krijgen van kinderen, wanneer ze kinderen krijgen, hoeveel kinderen ze krijgen en dergelijke meer. Aangezien deze beslissingen belangrijk worden geacht, maken ze deel uit van de verbonden autonomie in partnerrelaties. Ten tweede zijn beide partners betrokken en betrekken ze elkaar indien er iets zou wijzigen aan dit project. Dit laatste houdt bijvoorbeeld in dat als een partner hun gebruik in contraceptie wijzigt, die de ander hiervan minstens op de hoogte brengt. Het gezamenlijke aan het project wijst ten slotte op een gedeelde verantwoordelijkheid. Zoals eerder vermeld, is contraceptie, maar ook de zorg voor een eventueel kind indien de zwangerschap gewenst uitgedragen wordt, een gezamenlijke verantwoordelijkheid in een partnerrelatie.

De notie van een gezamenlijk reproductief project heeft verschillende implicaties in een abortuscontext. We kunnen stellen dat in een goed functionerende partnerrelatie de zwangerschapsafbreking een gezamenlijk project zou moeten zijn. Hierdoor is het moreel wenselijk dat de mannelijke partner betrokken is, en dat de zwangere persoon zijn betrokkenheid in het abortusproces wenst. Gegeven de verbonden autonomie van partners, zouden ze elkaars belangen en wensen in acht moeten nemen in de beslissing om de zwangerschap al dan niet te beëindigen. Het idee dat het moreel wenselijk is om de beslissing samen te maken, wil niet zeggen dat de persoon die de zwangerschap draagt hierdoor zeggenschap of beslissingsrecht verliest. Indien wensen van partners incompatibel zijn, primeert – zoals aangegeven – het recht op fysieke integriteit. Echter, zoals de eerder aangehaalde empirische bevindingen bevestigen, is het belangrijk erop te wijzen dat beslissingen niet in een vacuüm worden gemaakt en dat hoe partners zich bij een abortus voelen vaak niet los staat van wat hun respectievelijke partner denkt of voelt (Vandamme, Buysse en T'Sjoen 2017). Volgens de studie van Vandamme, Buysse en T'Sjoen (2017) was de zwangerschapsafbreking in de meeste gevallen een gezamenlijke wens. Een relationele kijk op deze situatie is dus cruciaal.

3.3. Een verbonden welzijn

Een goed functionerende partnerrelatie kenmerkt zich – naast een verbonden autonomie – ook door een verbonden welzijn. Door te houden van iemand verbindt men hun eigen welzijn met het welzijn van iemand anders (Nozick 1989). Indien iemand van wie ik houd iets negatiefs ervaart (bijvoorbeeld een ongeluk of ziekte), heeft dit een negatieve impact op mijn welzijn. Het welzijn van mijn partner heeft met andere woorden effect op mijn welzijn en andersom. Aangezien partners in een goed functionerende partnerrelatie meeleven met elkaar, heeft het psycholo-

gische negatieve effect van de abortus op het welzijn van één partner, een negatief effect op het welzijn van de ander.

Het relationeel gegeven van een verbonden welzijn is relevant voor zorgverleners in abortuscentra om verschillende redenen. Een abortuservaring kan een negatieve impact hebben op het welzijn van de persoon die de zwangerschap draagt en hun partner (Coyle en Rue 2015a). De abortus wordt door sommige mannelijke partners als traumatisch ervaren en wordt geassocieerd met depressieve en ambivalente gevoelens en gevoelens van machteloosheid, uitsluiting, angst, hulpeloosheid, schuld en rouw (Coyle en Rue 2015a; Nagy en Rigó 2019). Een gebrek aan erkenning door de zorgverleners in abortuscentra heeft bovendien een extra negatief effect op de abortuservaring van de mannelijke partner (Halldén en Christensson 2010).

Aangezien het welzijn van beide partners verbonden is, is het ook in het belang van de persoon die de zwangerschap draagt om de partner psychologisch te ondersteunen. Bovendien is de meestal positieve impact van de betrokkenheid van de partner op het welzijn van de zwangere persoon al eerder aan bod gekomen (zie Altshuler et al. 2016). Verder apprecieerden de meeste mannelijke partners hun betrokkenheid en gaven ze aan dat hun betrokkenheid een positief effect had op het welzijn van de zwangere persoon (Veiga et al. 2011). In de studie van Halldén en Christensson (2010) werd het niet erkend worden als steunpersoon door veel mannelijke partners omschreven als de meest negatieve ervaring van het abortusproces. Beide partijen hebben dus mogelijke persoonlijke baten bij de betrokkenheid van de mannelijke partner en een meer partnervriendelijke omgeving in abortuscentra.

Het niet erkend worden als steunpersoon door de zwangere persoon werd volgens Halldén en Christensson (2010) ook aangehaald als de oorzaak voor een latere stopzetting van de partnerrelatie. Dit wijst op een derde potentieel voordeel van een meer partnervriendelijke omgeving en ondersteuning van de mannelijke partner in abortuscentra. Er zijn namelijk verschillende relationele voordelen gebonden aan een gezamenlijke abortuservaring. Enerzijds kan deze gezamenlijke en ingrijpende ervaring sommige partners dichter bij elkaar brengen (Kero en Lalos 2004; Nguyen et al. 2018). Anderzijds kunnen sommige relaties onder druk komen te staan door deze ervaring. Coyle en Rue (2015b) stellen dat een ongewenste zwangerschap een negatieve invloed kan hebben op de relatie door bijvoorbeeld een beperkte communicatie, een gebrek aan vertrouwen of seksuele dysfuncties achteraf. Ze wijzen hierdoor op het belang van gezamenlijke counseling in het abortuscentrum om de kwaliteit van de partnerrelatie te bevorderen of in stand te houden (Coyle en Rue 2015b).

Beenhakker et al. (2004) stellen ten slotte dat men door gezamenlijke counseling mogelijke ongewenste zwangerschappen kan vermijden. Aangezien 61% van de door Nguyen et al. (2018) ondervraagde mannen in de wachtkamer al een

voorgaande ervaring had met abortus en zeven op de tien aangaf dat een counseling voor hen een opportuniteit zou zijn om over contraceptie te leren, zou de uitsluiting een gemiste kans zijn om het aantal toekomstige ongeplande zwangerschappen te reduceren. Door partners gezamenlijk te informeren in een (post-abortus) counseling, zouden we volgens Beenhakker et al. (2004) het aantal herhaaldelijke abortussen significant kunnen verminderen. Dit kan toekomstige psychologische complicaties – voor beide partijen – voorkomen.

Aangezien sommige mannelijke partners negatieve emoties rapporteren na een abortus, de zwangere persoon wellicht een welzijnsvoordeel heeft aan een gesteunde partner, en de relatie onder druk kan staan door de abortus, is de mogelijkheid tot psychologische ondersteuning aan beide partijen aanbevolen. Omwille van eerder aangehaalde redenen hebben zorgverleners in abortuscentra echter niet de plicht om de mannelijke partner te ondersteunen indien de zwangere persoon niet wil dat de partner betrokken is.

Ten slotte is het belangrijk op te merken dat vele relaties waarvan de betrokkenheid van de partner ongewenst is (indien de zwangere persoon bijvoorbeeld slachtoffer is van partnergeweld) niet voldoen aan de normatieve veronderstellingen die men heeft omtrent een partnerrelatie. Deze ‘ongezonde’ of problematische relaties behoren met andere woorden niet tot de goed functionerende partnerrelaties. Het zou dan ook incorrect zijn om de verantwoordelijkheden en relationele plichten die men veronderstelt vanuit een goed functionerende relatie toe te passen op relaties die niet tot deze categorie behoren. In deze gevallen vervalt dus de morele aanbeveling om de partner te betrekken bij de abortus en het beslissingsproces. De twee eerder vermelde heersende beelden van personen in abortuscentra – het tienermeisje en slachtoffer van partnergeweld – zijn dus niet alleen gebaseerd op uitzonderingen, maar vallen ook buiten de normatieve aanbevelingen omtrent de morele wenselijkheid van de betrokkenheid van de partner bij een abortus.

4. Conclusie

Aangezien zowel de autonomie, als het welzijn in een goed functionerende partnerrelatie verbonden zijn, heeft een meer partnervriendelijke omgeving in abortuscentra en psychologische ondersteuning aan beide partners meerdere baten. De betrokkenheid van de mannelijke partner heeft een voornamelijk positief effect op het welzijn van de zwangere persoon en van de partner zelf. In de meeste gevallen vormt deze betrokkenheid of de inmenging van de mannelijke partner in de abortusbeslissing bovendien geen gevaar voor de reproductieve autonomie van de persoon die de zwangerschap draagt. Een mogelijk negatieve houding tegenover mannelijke partners in abortuscentra is hierdoor niet gelegitimeerd. Vanuit de normatieve verwachtingen en (hieruit afgeleide) relationele plichten van een

goed functionerende partnerrelatie, zou de abortuservaring een gezamenlijke ervaring moeten zijn. Hoewel de partner de morele plicht heeft om betrokken te zijn, is zijn betrokkenheid afhankelijk van de wens van de persoon die de zwangerschap draagt. Kortom, men zou in een goed functionerende partnerrelatie een zwangerschapsafbreking moeten erkennen als onderdeel van het gezamenlijk reproductief project.

Bibliografie

- Altshuler, Anna L., Brian T. Nguyen, Halley E. M. Riley, Marilyn L. Tinsley, en Özge Tuncalp. 2016. 'Male Partners' Involvement in Abortion Care: A Mixed-Methods Systematic Review'. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 48 (4): 209–19. doi:10.1363/psrh.12000.
- Altshuler, Anna L., Alison Ojanen-Goldsmith, Paul D. Blumenthal, en Lori R. Freedman. 2021. "Going through It Together": Being Accompanied by Loved Ones during Birth and Abortion'. *Social Science and Medicine* 284: 114234. doi:10.1016/j.socscimed.2021.114234.
- Aston, Gillian, en Susan Bewley. 2009. 'Abortion and Domestic Violence'. *The Obstetrician en Gynaecologist* 11 (3): 163–68. doi:10.1576/toag.11.3.163.27500.
- Beenhakker, Britta, Stan Becker, Stephanie Hires, Nell Molano Di Targiana, Paul Blumenthal, en George Huggins. 2004. 'Are Partners Available for Post-Abortion Contraceptive Counseling? A Pilot Study in a Baltimore City Clinic'. *Contraception* 69 (5): 419–23. doi:10.1016/j.contraception.2003.12.013.
- Biggs, M. Antonia, Brenly Rowland, Charles E. McCulloch, en Diana G. Foster. 2016. 'Does Abortion Increase Women's Risk for Post-Traumatic Stress? Findings from a Prospective Longitudinal Cohort Study'. *BMJ Open* 6 (2): e009698. doi:10.1136/bmjopen-2015-009698.
- Buyse, Ann, Paul Enzlin, John Lievens, Guy T'Sjoen, Mieke Van Houtte, Hans Vermeersch, Alexis Dewaele, e.a. 2014. *Sexpert: seksuele gezondheid in Vlaanderen: valorisatierapport*. Academia Press. <http://hdl.handle.net/1854/LU-5752551>.
- Chibber, Karuna S., M. Antonia Biggs, Sarah C. M. Roberts, en Diana Greene Foster. 2014. 'The Role of Intimate Partners in Women's Reasons for Seeking Abortion'. *Women's Health Issues* 24 (1): e131–38. doi:10.1016/j.whi.2013.10.007.
- Costescu, Dustin J., en John A. Lamont. 2013. 'Understanding the Pregnancy Decision-Making Process Among Couples Seeking Induced Abortion'. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 35 (10): 899–904. doi:10.1016/S1701-2163(15)30811-2.
- Coyle, Catherine T., en Vincent M. Rue. 2015a. 'A Thematic Analysis of Men's Experience With a Partner's Elective Abortion'. *Counseling and Values* 60 (2): 138–50. doi:10.1002/cvj.12010.
- . 2015b. 'Men's Perceptions Concerning Disclosure of a Partner's Abortion: Implications for Counseling'. *The European Journal of Counselling Psychology* 3 (2): 159–73. doi:10.23668/psyarchives.2017.

- Grace, Karen Trister, en Jocelyn C. Anderson. 2018. 'Reproductive Coercion: A Systematic Review'. *Trauma, Violence en Abuse* 19 (4): 371–90. doi:10.1177/1524838016663935.
- Haldén, Britt-Marie, en Kyllike Christensson. 2010. 'Swedish Young Men's Lived Experiences of Girlfriend's Early Induced Abortion'. *International Journal of Men's Health* 9 (2): 126–43. doi:10.3149/jmh.0902.126
- Hardwig, John. 2015. 'Men and Abortion Decisions'. *Hastings Center Report* 45 (2): 41–45. doi:10.1002/hast.432.
- Jones, Rachel K., Ann M. Moore, en Lori F. Frohwirth. 2011. 'Perceptions of Male Knowledge and Support Among U.S. Women Obtaining Abortions'. *Women's Health Issues* 21 (2): 117–23. doi:10.1016/j.whi.2010.10.007.
- Keller, Simon. 2000. 'How Do I Love Thee? Let Me Count the Properties'. *American Philosophical Quarterly* 37 (2): 163–73. <http://www.jstor.org/stable/20009994>.
- Kero, Anneli, en Ann Lalos. 2004. 'Reactions and reflections in men, 4 and 12 months post-abortion'. *Journal of Psychosomatic Obstetrics en Gynecology* 25 (2): 135–43. doi:10.1080/01674820400000463.
- Luna. n.d. "Abortushulpverlening." Geraadpleegd op 22 november 2022. <https://abortus.be/veelgestelde-vragen/abortushulpverlening/>.
- Makenzius, Marlene, Tanja Tydén, Elisabeth Darj, en Margareta Larsson. 2012. 'Women and men's satisfaction with care related to induced abortion'. *The European Journal of Contraception en Reproductive Health Care* 17 (4): 260–69. doi:10.3109/13625187.2012.688149.
- Nagy, Beáta, en Adrien Rigó. 2019. 'The Psychosocial Aspects of Induced Abortion: Men in the Focus'. *Men and Masculinities*, 24 (4): 671–89. doi:10.1177/1097184X19856399.
- Nationale commissie voor de evaluatie van de wet van 15 oktober 2018 betreffende de zwangerschapsafbreking. 2021. 'Verslag ten behoeve van het parlement 1 januari 2018 – 31 december 2019'. Geraadpleegd op 21 december 2021. <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/advies-en-overlegorgaan/commissies/nationale-evaluatiecommissie-zwangerschapsafbreking>.
- Newton, Sara L., Luciana E. Hebert, Brian T. Nguyen, en Melissa L. Gilliam. 2020. 'Negotiating Masculinity in a Women's Space: Findings from a Qualitative Study of Male Partners Accompanying Women at the Time of Abortion'. *Men and Masculinities* 23 (1): 65–82. doi:10.1177/1097184X18762260.
- Nguyen, Brian T., Luciana E. Hebert, Sara L. Newton, en Melissa L. Gilliam. 2018. 'Supporting Women at the Time of Abortion: A Mixed-Methods Study of Male Partner Experiences and Perspectives'. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 50 (2): 75–83. doi:10.1363/psrh.12059.
- Nozick, Robert. 1989. 'Love's bond'. In *The examined life: Philosophical meditations*, 68–86. New York: Simon & Shuster.
- Pennings, Guido. 1996. 'Partner consent for sperm donation'. *Human Reproduction* 11 (5): 1132–37. doi:10.1093/oxfordjournals.humrep.a019311.
- Reader, Soran. 2008. 'Abortion, Killing, and Maternal Moral Authority'. *Hypatia* 23 (1): 132–49. doi:10.1111/j.1527-2001.2008.tb01169.x.

- Reich, Jennifer A., en Claire D. Brindis. 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): 133–52. doi:10.3149/jmh.0502.133.
- Shostak, Art. 2008. 'Men, Me, and Abortion: On Doing the Right Thing'. *Men and Masculinities* 10 (3): 360–66. <https://doi.org/10.1177/1097184X06299042>.
- Vandamme, Joke, Ann Buysse, en Guy T'Sjoen. 2017. 'Een relationele kijk op de beslissing tot abortus'. *Systeemtherapie* 29 (4): 285–93. <http://hdl.handle.net/1854/LU-8545436>.
- Veiga, Mariana B., Melanie Lam, Carla Gemeinhardt, Edwina Houlihan, Brian P. Fitzsimmons, en Zoë G. Hodgson. 2011. 'Social Support in the Post-Abortion Recovery Room: Evidence from Patients, Support Persons and Nurses in a Vancouver Clinic'. *Contraception* 83 (3): 268–73. doi:10.1016/j.contraception.2010.07.019.
- Wallace, R. Jay. 2012. 'Duties of Love'. *Proceedings of the Aristotelian Society, Supplementary Volumes* 86: 175–98. doi:10.1111/j.1467-8349.2012.00213.x