

EUROPEES PARLEMENT

1999



2004

Zittingsdocument

DEFINITIEVE VERSIE
A5-0223/2002

6 juni 2002

VERSLAG

over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten
(2001/2128(INI))

Commissie rechten van de vrouw en gelijke kansen

Rapporteur: Anne E.M. Van Lancker

INHOUD

	Blz.
PROCEDUREVERLOOP	4
ONTWERPRESOLUTIE	5
TOELICHTING	12

PROCEDUREVERLOOP

Op 6 september 2001 deelde de Voorzitter van het Parlement mede dat de Commissie rechten van de vrouw en gelijke kansen toestemming was verleend tot opstelling van een initiatiefverslag, overeenkomstig artikel 163 van het Reglement, over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (2001/2128(INI)).

De Commissie rechten van de vrouw en gelijke kansen benoemde op haar vergadering van 12 juli 2001 Anne E.M. Van Lancker tot rapporteur.

De commissie behandelde het ontwerpverslag op haar vergaderingen van 17 april en 4 juni 2002.

Op laatstgenoemde vergadering hechtte zij met 19 stemmen voor en 11 tegen bij 2 onthoudingen haar goedkeuring aan de ontwerpresolutie.

Bij de stemming waren aanwezig: Anna Karamanou (voorzitter), Marianne Eriksson en Olga Zrihen Zaari (ondervoorzitters), Anne E.M. Van Lancker, (rapporteur verving Christa Prets); María Antonia Avilés Perea, Regina Bastos, Geneviève Fraisse, Fiorella Ghilardotti, Lissy Gröner, Christa Klaß, Rodi Kratsa-Tsagaropoulou, Maria Martens, Emilia Franziska Müller, Amalia Sartori, Miet Smet, Patsy Sörensen, Joke Swiebel, Helena Torres Marques, Felekna Uca, Elena Valenciano Martínez-Orozco, Lousewies van der Laan, Sabine Zissener, Winfried Menrad (vervang Robert Goodwill), Maria Berger (vervang Elena Ornella Paciotti), María Izquierdo Rojo (vervang Hans Karlsson), Eryl Margaret McNally (vervang Mary Honeyball), Rosa Miguélez Ramos (vervang María Rodríguez Ramos, overeenkomstig artikel 153, lid 2 van het Reglement), Anne-Karin Glase (vervang Astrid Lulling, overeenkomstig artikel 153, lid 2 van het Reglement), Dieter-Lebrecht Koch (vervang James L.C. Provan, overeenkomstig artikel 153, lid.2 van het Reglement), Jürgen Zimmerling (vervang Marielle de Sarnez), Cecilia Malmström (vervang Lone Dybkjær, overeenkomstig artikel 153, lid 2 van het Reglement) en Anne Elisabet Jensen (vervang Marieke Sanders-ten Holte, overeenkomstig artikel 153, lid 2 van het Reglement).

Het verslag werd ingediend op 6 juni 2002.

De termijn voor de indiening van amendementen wordt bekendgemaakt in de ontwerpagenda voor de vergaderperiode waarin het verslag wordt behandeld.

ONTWERPRESOLUTIE

Resolutie van het Europees Parlement over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten (2001/2128(INI))

Het Europees Parlement,

- gezien de Universele Verklaring van de Rechten van de mens van 1948,
- gezien het Internationaal Verdrag inzake burgerrechten en politieke rechten van de VN van 1966,
- gezien artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van de VN van 1966,
- gelet op de artikelen 5 en 152 van het EG-Verdrag,
- gezien het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie,
- gezien artikel 12, lid 1, en artikel 16, lid 1, onder e), van het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen, alsmede de algemene aanbevelingen 21 en 24 van de Commissie voor de uitbanning van discriminatie tegen vrouwen,
- gezien artikel 24 van het Verdrag inzake de rechten van het kind van 1989,
- gezien de verklaring en het actieprogramma van de Conferentie van de Verenigde Naties over bevolking en ontwikkeling (Caïro, 13 september 1994), en het Key Actions document van de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling +5 Conferentie (1999),
- gezien de verklaring en het actieprogramma van de vierde Wereldvrouwenconferentie (Peking, 15 september 1995) en het document met resultaten van de vierde Wereldvrouwenconferentie +5 (New York, 10 juni 2000),
- gezien zijn resolutie van 29 september 1994¹ over de resultaten van de Internationale Conferentie te Caïro over bevolking en ontwikkeling, en zijn resolutie van 4 juli 1996² over de follow-up van de Internationale Conferentie van Caïro over bevolking en ontwikkeling,
- gezien zijn resolutie van 15 juni 1995³ over de deelname van de Europese Unie aan de Wereldvrouwenconferentie van de Verenigde Naties te Peking: "Acties voor gelijke rechten, ontwikkeling en vrede", en zijn resolutie van 21 september 1995⁴ over de vierde

¹ PB C 305 van 31.10.1994, blz. 80.

² PB C 211 van 22.7.1996, blz. 31.

³ PB C 166 van 3.7.1995, blz. 92.

⁴ PB C 269 van 16.10.1995, blz. 146.

Wereldvrouwenconferentie in Peking en zijn resolutie van 18 mei 2000¹ over de follow-up van het Actieplatform van Peking,

- gezien zijn resolutie van 9 maart 1999² over de gezondheidstoestand van vrouwen in de Europese Gemeenschap,
 - gezien het Witboek van de Commissie "Een nieuw élan voor Europa's jeugd" van 21 november 2001³,
 - gezien het document van de Wereldgezondheidsorganisatie "Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health used in the WHO Regional Office for Europe" van maart 1999,
 - gezien het STOA-eindverslag "Bewust omgaan met vruchtbaarheid en anticonceptie" (werkplan 1995),
 - gezien artikel 163 van zijn Reglement,
 - gezien het verslag van de Commissie rechten van de vrouw en gelijke kansen (A5-0223/2002),
- A. overwegende dat vrouwen en mannen wat hun seksuele en reproductieve gezondheid en rechten betreft het recht moeten hebben zelf zaakkundige keuzes te maken waarbij zij het belang van de gezondheid van anderen niet uit het oog mogen verliezen, en daartoe over alle middelen en mogelijkheden moeten kunnen beschikken,
- B. overwegende dat de EU-bevoegdheid op dit gebied bestaat uit het geven van richtsnoeren en nuttige initiatieven ter bevordering van de samenwerking,
- C. overwegende dat regeringsmaatregelen die met het oog op het verwezenlijken van demografische doelstellingen voorbijgaan aan de zaakkundige toestemming van vrouwen en mannen inzake het gebruik van anticonceptiemiddelen tot dwang kunnen leiden,
- D. overwegende dat er binnen de EU en binnen de lidstaten verschillen bestaan op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, met name de enorme ongelijkheid tussen Europese vrouwen wat betreft de toegang tot reproductieve gezondheidsdiensten, anticonceptie en vrijwillige zwangerschapsonderbreking naar gelang hun inkomsten en hun inkomensniveau en/of het land waar zij wonen,
- E. overwegende dat uit alle studies blijkt dat er minder abortussen worden gepleegd in sommige lidstaten met een combinatie van enerzijds liberale wetgeving inzake het beëindigen van een zwangerschap en anderzijds efficiënte seksuele voorlichting, kwalitatief hoogwaardige gezinsplanningsdiensten en de beschikbaarheid van een groot scala aan anticonceptiemiddelen; dat echter in sommige lidstaten met een dergelijk beleid

¹ PB C 59 van 23.2.2001, blz. 258.

² PB C 175 van 21.6.1999, blz. 68.

³ COM(2001) 681.

nog altijd een groot aantal abortussen en zwangerschappen bij teenagers voorkomt,

- F. overwegende dat er niet alleen aandacht moet zijn voor het beëindigen van ongewenste zwangerschappen, maar zeker ook voor het voorkomen van ongewenste zwangerschappen,
- G. overwegende dat bij het voorkomen van ongewenste zwangerschappen de verantwoordelijkheid niet alleen ligt bij vrouwen maar ook bij mannen,
- H. overwegende dat bij het voorkomen van ongewenste zwangerschappen goede voorlichting buitengewoon belangrijk is op het gebied van seksualiteit, verantwoordelijkheid jegens anderen in relaties, gezondheid, de verschillende mogelijkheden om zwangerschappen te voorkomen, enz., waarbij ouders en onderwijs een belangrijke rol kunnen spelen,
- I. overwegende dat een goede toegang tot alle vormen van anticonceptie zou leiden tot een aanzienlijke daling van het aantal ongewenste zwangerschappen en seksueel overdraagbare aandoeningen,
- J. overwegende dat onveilige abortussen de fysieke en mentale gezondheid van vrouwen ernstig in gevaar kunnen brengen,
- K. overwegende dat, in vergelijking tot de lidstaten, in de kandidaat-lidstaten het aantal abortussen hoger en het gebruik van anticonceptiemiddelen lager is en voorlichting aan vrouwen over stelselmatige en adequate seksuele opvoeding ontbreekt,
- L. onder verwijzing naar de onvoldoende medische en hygiënische faciliteiten van de gezondheidszorg in veel toetredingslanden en naar het feit dat de gezondheidszorg onvoldoende is afgestemd op de behoeften van de bevolking,
- M. overwegende dat het aantal jongeren dat zwanger raakt is gestegen en zowel de kwaliteit van seksuele voorlichting enerzijds als de specifieke seksuele en reproductieve gezondheids- en adviesdiensten voor jongeren anderzijds achterblijven bij hetgeen nodig is,
- N. onder verwijzing naar de onrustbarende uitbreiding van seksuele overdraagbare aandoeningen, de risico's van onveilige seksuele contacten en het feit dat nog geen eind is gekomen aan stereotype opvattingen die het risico van besmetting met HIV/aids abusievelijk associëren met bepaalde overdrachtsmechanismen, ondanks de informatieverstrekking over preventieve maatregelen en overdrachtsmechanismen in de EU, en overwegende dat een hoge mate van seksuele gezondheid moet worden bevorderd als middel om seksueel overdraagbare aandoeningen te voorkomen,
- O. overwegende dat seksueel geweld nadelige gevolgen heeft voor de seksualiteit en reproductieve gezondheid van vrouwen en jonge meisjes en dat verminkingen van de vrouwelijke geslachtsdelen schadelijk zijn voor seksuele contacten, zwangerschappen en bevallingen,

- P. overwegende dat er thans op Europees niveau geen volledige statistieken beschikbaar zijn over seksuele en reproductieve gezondheidsindicatoren,
- Q. overwegende dat nog steeds te veel vrouwen, ook steeds meer jonge meisjes, ongewenst zwanger worden,
- R. overwegende dat het thema seksuele en reproductieve gezondheid en rechten niet alleen vanuit het perspectief van toegang tot anticonceptieven en abortus behandeld kan worden,
- S. overwegende dat anticonceptiemiddelen vooral door vrouwen worden gebruikt,
- T. overwegende dat het moeilijk is de seksuele en reproductieve gezondheidsmaatregelen te vergelijken, zowel binnen de EU als tussen de EU en de kandidaat-lidstaten,

Wat anticonceptie betreft

1. stelt vast dat het wettelijk of bestuursrechtelijk beleid betreffende reproductieve gezondheid onder de verantwoordelijkheid van de lidstaten valt, maar dat de EU een ondersteunende rol kan spelen door de uitwisseling van optimale praktijken;
2. beveelt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten aan een kwalitatief hoogwaardig nationaal beleid inzake seksuele en reproductieve gezondheid te ontwikkelen, samen met een veelheid van organisaties van de civiele maatschappij, en daarbij te zorgen voor uitgebreide voorlichting over doeltreffende en verantwoorde mogelijkheden van gezinsplanning, dat zorgt voor gelijke toegang voor eenieder tot een pakket kwalitatief hoogwaardige en betaalbare anticonceptiemiddelen en tot methoden ter vaststelling van zwangerschap;
3. beveelt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten aan ervoor te zorgen dat vrouwen en mannen met volledige kennis van zaken toestemming met betrekking tot het gebruik van anticonceptiemiddelen alsmede tot methoden ter vaststelling van de zwangerschap kunnen geven;
4. spoort de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten met klem aan te streven naar het gratis of tegen lage kosten verstrekken van anticonceptiemiddelen aan groepen die nu moeilijk worden bereikt, zoals jongeren, etnische minderheden en sociaal uitgesloten;
5. beveelt de lidstaten aan te zorgen voor een betere toegang van in behoeftige omstandigheden levende mensen tot diensten op het gebied van de reproductieve gezondheid en seksualiteit, waarbij hun met name keuze wordt geboden van anticonceptiva en preventie/diagnose van seksueel overdraagbare aandoeningen;
6. vraagt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten noodanticonceptie als standaardpraktijk binnen de seksuele en reproductieve gezondheidszorg te bevorderen, bijvoorbeeld 'over-the-counter' en tegen betaalbare prijzen;

7. verzoekt de regeringen van de lidstaten en van de kandidaat-lidstaten het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van anticonceptiemiddelen voor mannen te bevorderen ten einde te zorgen voor gelijkheid tussen mannen en vrouwen met betrekking tot de gevolgen van het gebruik van anticonceptiemiddelen;

Wat ongewenste zwangerschappen en abortus betreft

8. beklemtoont dat abortus niet moet worden bevorderd als methode voor gezinsplanning;
9. beveelt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten aan te trachten een gezondheidsbeleid ten uitvoer te leggen dat leidt tot een daling van het aantal situaties waarin naar het abortusmiddel wordt gegrepen, met name door middel van het aanbieden van gezinsplannings- en adviesdiensten, het aanbieden van materiële en financiële steun voor zwangere vrouwen in problemen, en onveilige abortussen te kwalificeren als een van de voornaamste volksgezondheidsproblemen;
10. beveelt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten aan te zorgen voor objectieve, wetenschappelijke en heldere informatie en voorlichting over seksuele en reproductieve gezondheid, inclusief de preventie van ongewenste zwangerschappen en de risico's van gevaarlijke abortussen die onder inadequate omstandigheden worden verricht;
11. vraagt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten te zorgen voor een aanbod van specialistische seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten, inclusief kwalitatief hoogwaardig en professioneel advies en voorlichting, toegesneden op de behoeften van specifieke groeperingen (b.v. immigranten), door geschoold, multidisciplinair personeel; onderstreept dat advies en voorlichting een vertrouwelijk karakter moet hebben en geen waarde-oordeel mag inhouden, en dat in het geval van legitieme gewetensbezwaren bij de aanbieder hiervan naar andere aanbieders moet worden doorverwezen; bij advisering over abortus moet worden gewezen op de gezondheidsrisico's van abortus (van fysieke en psychische aard) en moeten alternatieve oplossingen (adoptie, steunmogelijkheden als besloten wordt het kind geboren te laten worden) worden besproken;
12. beveelt met het oog op vrijwaring van de gezondheid van de reproductieve gezondheid en de rechten van vrouwen aan dat abortus wordt gelegaliseerd en veilig en voor eenieder toegankelijk wordt gemaakt;
13. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten in ieder geval af te zien van het vervolgen van vrouwen die illegale abortussen hebben laten plegen;

Wat de seksuele en reproductieve gezondheid/seksuele voorlichting van jongeren betreft

14. beklemtoont dat de seksuele en reproductieve gezondheid van jongeren en hun behoeften inzake seksualiteit en voortplanting verschillen van die van volwassenen;
15. herinnert aan het belang van actieve participatie door jonge mensen (hun rechten, standpunten en vaardigheid) voor het ontwikkelen, uitvoeren en beoordelen van programma's voor seksuele voorlichting, in samenwerking met andere betrokkenen, met name de ouders; versterking van de bevoegdheden van de ouders speelt ook hier een belangrijke rol;

16. herinnert eraan dat seksuele voorlichting met genderaspecten rekening moet houden, d.w.z. dat rekening moet worden gehouden met de bijzondere gevoeligheden van jongens en meisjes, op jeugdige leeftijd moet beginnen en tot het bereiken van de volwassenheid moet worden voortgezet, met een aan de verschillende ontwikkelingsstadia van de betrokkenen aangepaste benadering, en met oog voor verschillende levenswijzen, waarbij gepaste aandacht moet worden geschonken aan ziekten die door seksueelverkeer zijn overgedragen (met name HIV/aids);
17. onderstreept dat seksuele voorlichting moet worden benaderd op een holistische en positieve wijze waarbij aandacht wordt geschonken aan psycho-sociale en biomedische aspecten, gebaseerd op wederzijds respect en verantwoordelijkheid;
18. dringt er bij de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten op aan gebruik te maken van de verschillende mogelijkheden om jongeren te bereiken: door middel van officiële en informele voorlichting, publiciteitscampagnes, sociale marketing voor het gebruik van condooms en projecten zoals confidentiële telefonische hulpdiensten en om aandacht te schenken aan de behoeften van speciale groepen; stimuleert het inzetten van sociale deskundigen bij de seksuele voorlichting;
19. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten de toegang van jongeren tot gezondheidsdiensten (centra voor gezinsplanning, jongerencentra, onderwijsinstellingen, enz.) te verbeteren en uit te breiden en deze aan de voorkeuren en behoeften van de jongeren aan te passen;
20. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten zwangere meisjes die hun zwangerschap willen onderbreken of willen voldragen te begeleiden en zorg te dragen voor hun verdere scholing;
21. dringt bij de regeringen van de lidstaten aan op instandhouding en verbetering van het niveau van informatieverstrekking aan de bevolking over de besmetting met HIV/aids, de overdrachtsmechanismen en het gedrag dat overdracht bevordert, vooral in de meest marginale sectoren van de samenleving die de grootste problemen hebben met de toegang tot informatie;

Wat het EU-beleid inzake seksuele en reproductieve gezondheid in het algemeen

22. verwelkomt het recentelijk door de Commissie gesteunde onderzoek naar relevante seksuele en reproductieve gezondheidsindicatoren en geharmoniseerde definities, en spoort de Commissie met klem aan te zorgen voor voortzetting van deze initiatieven in het kader van het communautaire actieprogramma inzake gezondheid;
23. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten relevante gegevens en informatie aan de Commissie over te leggen, teneinde een Europese gegevensbank aan te leggen van seksuele en reproductieve gezondheidsstatistieken en een vademecum samen te stellen van beste praktijken en positieve ervaringen op het vlak van seksuele en reproductieve gezondheid;

24. verzoekt de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten toegang te geven tot seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten zonder onderscheid te maken naar seksuele geaardheid, geslacht, of burgerlijke staat;
25. beveelt aan dat een begin wordt gemaakt met een proces van wederzijds leren, gebaseerd op vergelijkingen van seksuele en reproductieve gezondheidsgegevens en op positieve ervaringen met en beste praktijken in de programma's en beleidsmaatregelen op het gebied van seksuele en reproductieve gezondheid in de lidstaten en de kandidaat-lidstaten;
26. verzoekt de Commissie in de follow-up van het Witboek "Een nieuw élan voor Europa's jeugd" de meningen van jonge mensen over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten als een belangrijk onderwerp 'mee te nemen;
27. verzoekt de Raad en de Commissie met klem in hun pretoetredingsstrategie meer technische en financiële steun voor de kandidaat-lidstaten op te nemen, teneinde in seksuele en reproductieve gezondheidsdiensten programma's voor gezondheidsbevordering en kwaliteitsstandaarden te ontwikkelen en te implementeren, en ervoor te zorgen dat de EU-steun die thans aan Midden- en Oost-Europa wordt gegeven ook voor dit soort programma's is bedoeld;
28. verzoekt de Commissie rekening te houden met de verwoestende gevolgen van het "Mexico City"-beleid van de regering-Bush, krachtens welke geen steun wordt gegeven aan niet-gouvernementele organisaties, die vrouwen soms als laatste middel naar abortusklinieken verwijzen, met name met het oog op de programma's voor Midden- en Oost-Europa; verzoekt de Commissie de als gevolg van het "Mexico City"-beleid ontstane kloof te dichten;
29. verzoekt de Commissie te zorgen voor permanente monitoring en beoordeling van de actieplannen van de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling en de vierde Wereldvrouwenconferentie, en regelmatig beknopte verslagen aan het Europees Parlement te doen toekomen;
30. verwelkomt de in het document met resultaten van de vierde Wereldvrouwenconferentie +5 vastgestelde doelstelling van algemene toegang tot kwalitatief hoogwaardige primaire gezondheidszorg in 2015, inclusief seksuele en reproductieve gezondheidszorg; vraagt de Raad in het kader van de follow-upprocedure, binnen de grenzen van zijn bevoegdheid, indicatoren en benchmarks met betrekking tot de belangrijkste gebieden te ontwikkelen, en regelmatig beknopte verslagen aan het Europees Parlement te zenden;
31. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad, de Commissie en de regeringen van de lidstaten en de kandidaat-lidstaten.

TOELICHTING

I. Basisconcepten

A. Seksuele en reproductieve gezondheid

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) wordt onder reproductieve gezondheid verstaan "de reproductieve processen, functies en systemen in alle stadia van het leven". Dit houdt in "...dat mensen in staat zijn een verantwoord, bevredigend en veilig seksleven te hebben en dat zij beschikken over het vermogen te reproduceren, alsmede over de vrijheid te beslissen of, wanneer en hoe vaak zij reproduceren. Impliciet valt hieronder het recht van mannen en vrouwen op informatie over en toegang tot de veilige, efficiënte, betaalbare en aanvaardbare methoden van vruchtbaarheidsregulering van hun keuze, en het recht op toegang tot een passende gezondheidszorg, welke vrouwen de mogelijkheid biedt op een veilige manier zwanger te zijn en te bevallen, en paren de beste kansen geeft op het krijgen van een gezond kind¹".

Seksuele gezondheid wordt gedefinieerd als "de integratie van de lichamelijke, emotionele, intellectuele en sociale aspecten van seksueel leven op wijzen die positief verrijkend zijn en die persoonlijkheid, communicatie en liefde bevorderen". Het impliceert "een positieve benadering van de menselijke seksualiteit, en de doelstellingen van seksuele gezondheidszorg moeten zijn de bevordering van leven en persoonlijke relaties en niet uitsluitend counselling en zorg in verband met de voortplanting of seksueel overdraagbare aandoeningen²".

B. Seksuele en reproductieve rechten

In artikel 96 van het Actieplatform van Peking staat: "De mensenrechten van vrouwen omvatten het recht op controle over onderwerpen in verband met hun seksualiteit, inclusief seksuele en reproductieve gezondheid, en het recht ten aanzien daarvan vrijelijk en op verantwoorde wijze beslissingen te nemen, zonder dwang, discriminatie of geweld. Gelijkheid tussen vrouwen en mannen op het gebied van seksuele betrekkingen en reproductie, inclusief volledige respectering van de integriteit van het individu, vereist wederzijds respect, toestemming en een gedeelde verantwoordelijkheid voor seksueel gedrag en de gevolgen daarvan".

Internationale organisaties, zoals de Internationale Federatie voor Ouderschapsplanning (IPPF), hebben bij het formuleren van seksuele en reproductieve rechten de internationale mensenrechtenwetgeving als uitgangspunt genomen. Het IPPF-Handvest inzake seksuele en reproductieve rechten (1995) is erkend door het Bevolkingsfonds van de Verenigde Naties (UNFPA) en de WHO.

II. Internationaal wettelijk en politiek kader

A. Internationaal wettelijk kader

¹ Global Policy Committee van de WHO, 2 mei 1994; WHO, "Position Paper on Health, Population and development for the International Conference on Population and Development", Caïro, 5-13 september 1994.

² WHO, "Definitions and Indicators in Family Planning, Maternal & Child Health and Reproductive Health Used in the WHO Regional Office for Europe", maart 1999.

Het Verdrag inzake de uitbanning van alle vormen van discriminatie van vrouwen (CEDAW, 1979) bepaalt dat staten mannen en vrouwen "...dezelfde rechten garanderen om vrijelijk en op verantwoorde wijze te beslissen over het aantal kinderen dat ze willen krijgen en hoe snel na elkaar..."; het garandeert verder toegang tot noodzakelijke informatie en voorlichting, en kent vrouwen en mannen het recht toe op toegang tot de middelen voor gezinsplanning¹. Krachtens aanbeveling 21 van het CEDAW wordt onder gezinsplanning verstaan: gegarandeerde seksuele voorlichting, beschikbaarheid van gezinsplanningsdiensten, beschikbaarheid van veilige en betrouwbare anticonceptiemiddelen, vrijelijk beschikbare en passende maatregelen voor de vrijwillige vruchtbaarheidsregeling met het oog op de gezondheid en het welzijn van alle gezinsleden. In zijn algemene opmerking (nr. 14, 2000) over artikel 12 van het Internationaal Verdrag inzake economische, sociale en culturele rechten van de VN over het recht op de hoogst haalbare gezondheidsstandaard erkent het Comité voor economische, sociale en culturele rechten het recht op seksuele en reproductieve vrijheid, het recht op toegang tot voorlichting en informatie over seksuele en reproductieve gezondheid, en op beschikbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit van gezondheidszorgfaciliteiten, -goederen en -diensten.

B. Internationaal politiek kader

De verklaringen en actieprogramma's van zowel de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling (Caïro, 1994) als de vierde Wereldvrouwenconferentie (Peking, 1995) vormen een ommekeer in de manier van denken over seksualiteit en onderwerpen in verband met reproductie. Vóór Caïro en Peking ging het bij deze onderwerpen uitsluitend over bevolkingsgroei en demografisch beleid. Zowel tijdens de conferentie over bevolking en ontwikkeling als tijdens de vrouwenconferentie werd ten aanzien van reproductieve gezondheid voor het eerst gekozen voor een mensenrechtenperspectief. Het concept van vrouwenrechten als mensenrechten werd van uitermate groot belang beschouwd voor de 'empowerment' van vrouwen en voor maatschappelijke vooruitgang in het algemeen. Het concept gezinsplanning werd naar de achtergrond verdrongen door het brede concept van reproductieve gezondheid, van vrouwen én mannen, dat een beschrijving is van een toestand van volledig lichamelijk, mentaal en sociaal welzijn ten aanzien van alle aspecten van het reproductiesysteem.

C. Politieke ontwikkelingen op Europees niveau

In zijn resolutie over de follow-up van de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling verzoekt het Europees Parlement de EU een voortrekkersrol te vervullen bij het bevorderen van de oprichting van netwerken, faciliteiten voor onderzoek en de uitwisseling van informatie over reproductieve gezondheidszorg. In zijn resolutie over de follow-up van het Actieplatform van Peking verzoekt het EP met klem dat specifieke aandacht wordt besteed aan het recht op reproductieve gezondheid, en vraagt het heel concreet om acties ter voorkoming van het stijgende aantal zwangerschappen onder tieners door middel van het op grotere schaal beschikbaar stellen van anticonceptiemiddelen voor jongeren, meer voorlichtingscampagnes en kwalitatief hoogwaardiger en beter toegankelijke seksuele voorlichting. In zijn resolutie over de gezondheidstoestand van vrouwen in de Europese Gemeenschap onderkent het EP dat de seksuele en reproductieve gezondheidsomstandigheden voor vrouwen in de Europese Unie van lidstaat tot lidstaat sterk verschillen. In de resolutie wordt de lidstaten gevraagd abortus provocatus in bepaalde omstandigheden, waaronder in ieder geval gedwongen zwangerschap,

¹ Artikel 16, lid 1, onder e).

verkrachting en bij gevaar voor de gezondheid of het leven van de vrouw, te legaliseren op basis van het principe dat het de vrouw zelf moet zijn die de definitieve beslissing treft, en ervoor te zorgen dat vrijwillige abortussen op een medisch veilige wijze worden gepleegd en dat er psychologische en sociale hulpverlening wordt gegeven.

De Raad van Europa heeft het onderwerp seksuele en reproductieve gezondheid en rechten op meerdere niveaus diepgaand behandeld.

III. Aspecten van seksuele en reproductieve gezondheid en rechten

A. Anticonceptie

De Actieprogramma's van de Internationale Conferentie over bevolking en ontwikkeling en de vierde Wereldvrouwenconferentie versterkten de geest van CEDAW, zo bepaalde de bevolkings- en ontwikkelingsconferentie dat alle staten ernaar moeten streven uiterlijk in 2015 eenieder toegang te bieden tot een volledig pakket veilige en betrouwbare gezinsplanningsmethoden. Daarnaast bevat het document met resultaten van de vierde Wereldvrouwenconferentie +5 de doelstelling dat in 2015 eenieder toegang moet hebben tot kwalitatief hoogwaardige primaire gezondheidszorg, inclusief seksuele en reproductieve gezondheidszorg.

Stand van zaken

Het gemiddelde gebruik van moderne anticonceptiemethoden in de EU bedraagt ongeveer 65%. Oostenrijk en Griekenland zitten op plusminus 53%, Duitsland, Finland, het Verenigd Koninkrijk en Nederland hebben het hoogste percentage (ongeveer 75%). Het gemiddelde gebruik van anticonceptiemiddelen in de kandidaat-lidstaten ligt veel lager dan in de EU (ongeveer 31%), met de laagste percentages in Roemenië en Litouwen (rond de 13,5%) en de hoogste percentages in Tsjechië, Slowakije, Hongarije en Slovenië (plusminus 47%).¹

Geen enkele nationale regering in de EU voert een duidelijk en specifiek beleid over seksuele en reproductieve gezondheid, maar het merendeel van de landen steunt gezinsplanningsdiensten, die over het algemeen ruimschoots beschikbaar zijn via de gezondheidszorg, meestal via huisartsen. De diensten, met inbegrip van voorbehoedsmiddelen, zijn in het VK en Portugal gratis. In andere landen moeten de cliënten betalen, maar in de meeste gevallen wordt een deel of alles terugbetaald. Gezinsplanning maakt geen deel uit van de gezondheidszorg in Spanje en Griekenland en in Ierland geeft de staat alleen subsidie aan centra die "natuurlijke methoden" aanbieden. Het gebruik van voorbehoedsmiddelen verschilt zowel tussen als in de lidstaten: in sommige landen is de dienstverlening minder toegankelijk voor jongeren, immigranten en voor bewoners van plattelandsgebieden.

Als gevolg van de beperkte beschikbaarheid en de hoge kosten van geschikte voorbehoedsmiddelen en het gebrek aan consultatiebureaus in Midden- en Oost-Europa, is abortus nog altijd het belangrijkste middel voor geboorteregeling. Abortus kan in beginsel voor

¹ Beknopt verslag: "World Population Monitoring 2002", Afdeling bevolking van de VN van het Departement Economische en Sociale Zaken, met bijdragen van de WHO en UNAIDS. –Raad van Europa, Group of specialists on the Right to Free Choice in Matters of Reproduction and Lifestyles, ontwerpaanbeveling over de vrijheid van keuze in seksuele aangelegenheden en reproductie, 1998.

zeer weinig geld dan wel gratis worden ondergaan, terwijl anticonceptiva uitermate duur zijn: tot eenderde van het salaris. Dat laat de meeste vrouwen weinig keus. Bovendien is politieke steun voor reproductieve gezondheidsdiensten, als gevolg van demografische zorgen, nogal gering.

B. Abortus

In het ICPD-actieprogramma staat: "In geen geval mag abortus als methode voor gezinsplanning worden gestimuleerd. Alle regeringen en relevante intergouvernementele en niet-gouvernementele organisaties dienen hun inspanningen in het belang van de gezondheid van vrouwen op te voeren, de gevolgen voor de gezondheid van onveilige abortussen als een belangrijk volksgezondheidsprobleem te beschouwen en terugval op abortus door middel van een uitgebreidere en betere en dienstverlening op het gebied van de gezinsplanning te beperken.... Vrouwen die ongewenst zwanger zijn, moeten een onbelemmerde toegang tot betrouwbare informatie en barmhartige consultatie krijgen: wanneer abortus niet tegen de wet is, moet deze veilig worden uitgevoerd. In alle gevallen dienen vrouwen toegang te krijgen tot kwalitatief hoogstaande diensten voor de behandeling van complicaties die voortvloeien uit abortus¹.....". In het FWCW-actieplatform wordt verklaard dat regeringen dienen "... te overwegen wetten te herzien waarin strafmaatregelen tegen vrouwen zijn vervat die een illegale abortus hebben ondergaan²".

Stand van zaken

De laagste abortuscijfers waarvan de EU melding maakt, komen voor in België, Nederland, Duitsland (ongeveer 7 op 1000 vrouwen), de middengroep bestaat uit Finland, Frankrijk en Italië (circa 12 op 1000 vrouwen), en de hoogste abortuscijfers hebben Zweden, het Verenigd Koninkrijk en Denemarken (circa 17 op 1000 vrouwen), waarbij Zweden de lijst aanvoert (18 op 1000 vrouwen). In de kandidaat-lidstaten zijn de abortuscijfers veel hoger dan in de EU. De laagste officiële abortuscijfers komen voor in de Tsjechische Republiek (17 op 1000 vrouwen), Litouwen, Slowakije en Slovenië (21 op 1000 vrouwen); de middengroep bestaat uit Bulgarije, Letland, Estland, Hongarije (circa 40 op 1000 vrouwen), en Roemenië heeft het hoogste abortuscijfer (52 op 1000 vrouwen).³

Het abortusbeleid verschilt per EU-lidstaat. Daarmee kan worden verklaard waarom vrouwen tussen EU-staten reizen om abortus te laten plegen. Het meest restrictieve beleid heeft Ierland, waar abortus alleen is toegestaan om het leven van de vrouw te redden; in Portugal en Spanje is legale abortus alleen mogelijk bij stoornissen van de vrucht of in het geval van verkrachting, of om de fysieke of mentale gezondheid van de vrouw te beschermen, maar in werkelijkheid wijkt de abortuspraktijk daar sterk vanaf. Andere landen staan abortus wegens medische en sociaal-economische redenen toe. De limiet voor onderbreking van de zwangerschap is in de meeste landen twaalf weken; na deze grens is abortus in sommige landen onder speciale omstandigheden nog altijd mogelijk. In enkele landen moeten minderjarigen toestemming van hun ouders hebben. De kosten voor abortus lopen uiteen; vele regeringen hebben abortus opgenomen in de voorzieningen van de nationale gezondheidszorg. Sommige keren alleen uit

¹ ICPD, paragraaf 8.25.

² FWCW paragraaf 106.k.

³ Zie voetnoot 1.

bij abortus op medische gronden.

In Midden- en Oost-Europa is abortus een van de belangrijkste oorzaken voor moedersterfte. In Polen is abortus verboden, nadat het bijna 40 jaar legaal en ruim toegankelijk is geweest.

Cyprus heeft een restrictief abortusbeleid (in geval van verkrachting, stoornis van de vrucht en ter bescherming van de fysieke of mentale gezondheid van de vrouw). In Turkije moet de echtgenoot toestemming geven.

C. Seksuele en reproductieve gezondheid van jongeren/seksuele voorlichting

Artikel 24 van het Verdrag inzake de rechten van het kind (1989) luidt: "De staten die partij zijn, erkennen het recht van het kind op het genot van de grootst mogelijke mate van gezondheid en op voorzieningen voor de behandeling van ziekten en het herstel van de gezondheid. De staten die partij zijn, streven ernaar te waarborgen dat geen enkel kind zijn of haar op toegang tot deze voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden". In artikel 6.15 van de ICPD wordt gezegd dat "de jeugd actief moet worden betrokken bij de planning, uitvoering en evaluatie van ontwikkelingsactiviteiten die rechtstreekse gevolgen hebben voor hun dagelijks leven. Dit is vooral van belang ten aanzien van informatie, onderwijs en communicatie-activiteiten en diensten betreffende reproductieve en seksuele gezondheid, met inbegrip van preventie van zwangerschap op jonge leeftijd, seksuele voorlichting en de preventie van HIV/AIDS en andere seksueel overdraagbare ziekten. Toegang tot, en het confidentiële en privé-karakter van deze diensten moet worden gewaarborgd met steun en leiding van hun ouders en stroken met het Verdrag inzake de rechten van het kind. Bovendien bestaat er behoefte aan onderwijsprogramma's voor het verwerven van vaardigheden voor de inrichting van het leven, een gezonde levensstijl en een actieve ontmoediging van drugmisbruik".

Stand van zaken

Het percentage tienerzwangerschappen stijgt over het algemeen in de EU (huidige cijfer tussen 12 en 25 per 1000 meisjes van 15-19 jaar). De laagste cijfers gelden voor Nederland en België, de middengroep wordt gevormd door Duitsland, Frankrijk, Finland en Denemarken en de hoogste aantallen zijn te vinden in Zweden, Italië, Engeland en Wales¹.

In de EU hebben jongeren nog altijd niet hetzelfde kennisniveau en dezelfde vaardigheden op het gebied van seksualiteit. De verschillen in zwangerschapscijfers voor teenagere, bijvoorbeeld het VK 28 per 1000 meisjes van 15 t/m 19 jaar en Nederland 7 per 1000, zijn schokkend. Wereldwijd wordt Nederland beschouwd als een voorbeeld voor openheid en kwaliteitsdiensten op het gebied van seksuele kwesties.

In Oost-Europa draagt het gebrek aan seksuele voorlichting bij tot een onvoldoende gebruik van voorbehoedsmiddelen. Over het algemeen zijn meer gezondheidsprogramma's voor jongeren nodig. In sommige landen, zoals Letland en Bulgarije, is toestemming van de ouders vereist voor gezinsplanningsdiensten. In Polen bestaat geen enkele vorm van seksuele voorlichting.

¹ Zie voetnoot 1.

IV. Beleidsaanbevelingen

De EU heeft altijd een belangrijke rol gespeeld bij de bevordering van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten.

In dit verslag doen wij een beroep op de lidstaten en de toetredingskandidaten om de uitvoering van het ICPD-actieplatform en de waarborging van de instrumenten voor internationale mensenrechten te herzien. Het concept betreffende seksuele en reproductieve gezondheid en rechten in de EU en de toetredingslanden moet worden versterkt.

Uit de bovenvermelde cijfers kunnen wij afleiden dat er grote verschillen bestaan tussen de lidstaten van de EU en de aspirant-lidstaten. Niettemin dient rekening te worden gehouden met het feit dat de gegevens niet compleet zijn en misschien geen afspiegeling zijn van de werkelijke situatie als gevolg van het gebrek aan officiële cijfers en gegevens. Daarom bestaat er behoefte aan een duidelijker beeld van de stand van de seksuele en reproductieve gezondheid en rechten en een overzicht van de beste praktijken. Daartoe bevelen wij de Commissie aan een databank op te zetten betreffende seksuele en reproductieve gezondheid en rechten, gebaseerd op geharmoniseerde reproductieve gezondheidsindicatoren. Het thans door de Europese Commissie op dit gebied gesteunde onderzoek dient te worden voortgezet in het kader van het nieuwe communautaire gezondheidsactieprogramma, d.w.z. het Reprostat-project dat gericht is op de ontwikkeling van indicatoren en determinanten voor de reproductieve gezondheid met het oog op de monitoring en evaluatie van de reproductieve gezondheid in de EU, en het ECHI-project waarvan seksueel gedrag deel uitmaakt als een gezondheidsdeterminant in de gezondheidsstrategie van de EU. Voorts verzoeken wij de Commissie de standpunten van jongeren over seksuele en reproductieve gezondheid en rechten als een belangrijk gegeven mee te nemen in de follow-up over het Witboek inzake jongeren.

Hoewel het reproductieve gezondheidsbeleid uitsluitend onder de bevoegdheid van de lidstaten blijft, zou de EU een bijdrage kunnen leveren door een proces van wederzijds leren, gebaseerd op vergelijkingen van reproductieve gezondheidsgegevens op te zetten en door positieve ervaringen en de beste praktijken van de seksuele reproductieve gezondheidsprogramma's en beleidsvormen in de lidstaten "en de toetredingslanden" uit te wisselen.