

Ava Inventarisatie
Cliënttevredenheid medicamenteuze
zwangerschapsafbreking

Abortus: van gebeurtenis naar proces



Inhoudsopgave

Inhoudsopgave	1
Samenvatting	2
Introductie	4
Methode	5
Werving en respondenten	5
In-/Exclusiecriteria	6
De dataselectie	6
De onderwerpen en vragen	7
Resultaten	8
Hulpverleners	8
Cliënttevredenheid	8
Thema's in de kwaliteit van zorg	11
Informatievoorziening	11
Persoonlijke aandacht	14
Nazorg	18
Geen oordeel	20
Conclusie en discussie	23
Inventarisatie van ervaringen van cliënten	23
Evaluatie van de inventarisatie en nog openstaande vragen	24
Hulpverleners niet altijd zonder oordeel	24
Bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek	25
Maatschappelijke relevantie	26
Aanbevelingen	29
Algemene aanbevelingen	29
Aanbevelingen aan hulpverleners	29
Aanbevelingen aan de overheid	30
Bijlage 1 - Vragenlijst	32
Vragenlijst ervaring met abortuspil of overtijdbehandeling	32
Bijlage 2 - Meest voorkomende sleutelwoorden per vraag	33
5 meest voorkomende sleutelwoorden per vraag	33

Samenvatting

Het is in september 2022 nog afwachten of de Eerste Kamer ook instemt met het initiatiefwetsvoorstel dat het mogelijk maakt dat huisartsen medicamenteuze zwangerschapsafbreking kunnen verstrekken aan patiënten. Maar als huisartsen de abortuspil straks mogen verstrekken, is het van belang dat zij passende zorg kunnen bieden. Om de ervaringen van de vrouwen* die voor een medicamenteuze abortus hebben gekozen in kaart te brengen, zijn data geanalyseerd met zowel open als gesloten vragen (n=444) van een vragenlijst die Eva de Goeij in 2021 op Instagram heeft uitgezet. Onderzocht zijn de cliënttevredenheid met de informatievoorziening, de ontvangen steun van de hulpverlener(s) en de verbeterpunten in de zorgverlening.

De meeste vrouwen* die de vragenlijst hebben ingevuld, zijn positief over hun abortus ervaring. Vier grote thema's kwamen uit de antwoorden op open vragen naar voren: informatievoorziening, persoonlijke aandacht, nazorg en oordeelvrije zorg.

Abortus cliënten vinden het belangrijk dat zij tevoren compleet en goed worden geïnformeerd over de praktische, logistieke, lichamelijke en mentale aspecten van de abortuspil, door een hulpverlener die begripvol is en niet oordelend. Een hulpverlener die respect heeft voor en steunend is bij de keuze, die bereid is maatwerk te leveren, en die ook na de ingreep al dan niet telefonisch bereikbaar is voor vragen en eventueel gewenste begeleiding.

Deze ervaringen kunnen een inspiratiebron vormen voor huisartsen, mochten die in de toekomst de abortuspil gaan verstrekken, en voor het verbeteren van de abortuszorg in het algemeen. Aanbevelingen voor het verbeteren van de zorg aan abortus cliënten betreffen verbeteren van de informatievoorziening, de attitude van de hulpverlener en de toegankelijkheid van nazorg.

De representativiteit van deze survey is beperkt en veel vragen zijn nog onbeantwoord. Daarom is het van belang dat in de toekomst een betere monitoring van cliëntervaringen in de abortus zorg wordt opgezet, waarbij de cliëntenorganisatie actief wordt betrokken.

Dat abortus zich nog in het wetboek van Strafrecht bevindt, plaatst de abortuszorg onterecht in een uitzonderingspositie in de zorg, met negatieve gevolgen voor de maatschappelijke acceptatie en daarmee negatieve gevolgen voor de attitude van (sommige) hulpverleners.

Introductie

In maart 2022 stemde een ruime meerderheid van de Tweede Kamer in met een initiatiefwetsvoorstel dat het mogelijk maakt dat huisartsen medicamenteuze zwangerschapsafbreking kunnen verstrekken aan patiënten.¹ Het is in september 2022 nog wachten op hoe de Eerste Kamer stemt, voordat het wetsvoorstel in werking kan treden.²

Ava maakt zich sterk voor kwalitatief goede en breed toegankelijke (peri-)abortuszorg en anticonceptie, betrouwbare informatie over abortus en anticonceptie, acceptatie en stimulering van het zelfbeschikkingsrecht, meer begrip voor mensen die hun zwangerschap afbreken en vermindering van het taboe op abortus. Dit doet Ava onder andere door onderzoek te doen en aan mensen zelf te vragen wat hun ervaringen zijn. In maart 2021 is een eerste verkennende vragenlijst uitgezet met de titel “Ervaring met abortuspil of overtijdbehandeling”. Door 444 personen is een evalueerbaar antwoord gegeven. Aangezien de ervaringen veelal positief waren, dient deze inventarisatie om aan te geven welke *good practices* er doorgezet kunnen worden door hulpverleners en welke verbeteringen mogelijk zijn.

Als huisartsen de abortuspil straks mogen verstrekken, is het van belang dat zij op de hoogte zijn van de ervaringen en behoeftes van de vrouwen* die voor een abortus kiezen of hebben gekozen, zodat zij passende zorg kunnen bieden. De abortuspil wordt nu al enige tijd verstrekt via abortusklinieken. Ook voor hen kan feedback van cliënten over de ontvangen zorg zinvolle inbreng zijn voor (verdere) verbetering van deze vorm van abortus zorg.

Waar ‘vrouwen’ staat, wordt tevens bedoeld alle transgender en non-binaire mensen die zwanger kunnen worden.

¹ ‘Kamer stemt voor abortuspil via huisarts’,

<https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/kamer-stemt-voor-abortuspil-via-huisarts.htm>.

² ‘Initiatiefvoorstel-Ellemeet, Kuiken, Paternotte en Van Wijngaarden Legale medicamenteuze afbreking zwangerschap door huisarts’, https://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/34891_initiatiefvoorstel_ellemeet.

Methode

Werving en respondenten

“Fijn dat jij je ervaring met de abortuspil of overtijdbehandeling wil delen. Jouw antwoorden zijn niet verbonden aan een e-mailadres of naam. Je ervaringen deel je anoniem. Het Humanistisch Verbond gebruikt de resultaten voor gesprekken met artsen en andere hulpverleners, om cliënten een stem te geven. Dit helpt om de zorg voor zwangeren te verbeteren. Het invullen duurt ongeveer 6-8 minuten.”

Deze tekst verspreidde Eva de Goeij, destijds programmamanager bij het Humanistisch Verbond in maart 2021 via haar persoonlijke Instagram pagina, met daaronder een vragenlijst met de titel ‘Ervaring Abortuspil of Overtijdbehandeling’.

Om de vragenlijst zo kort en anoniem mogelijk te houden, zijn demografische variabelen niet uitgevraagd. De vragenlijst is gedeeld door onder andere Tim Hofman en Cathelijne Blok op hun Instagram Stories met een link naar de vragenlijst in Google Docs. Tim Hofman is presentator en journalist, vooral bekend van het programma #BOOS, Cathelijne Blok is hoofd van Titty Mag, een intersectioneel feministisch kunstplatform. Beiden hebben een jonge, randstedelijke groep volgers. Zo zijn de vrouwelijke volgers van Tim Hofman voor het grootste gedeelte tussen de 18 en 34 jaar oud (68%), en is slechts 2,9% jonger dan 18. Van zijn volgers woont 6,8% in Amsterdam en 11,5% in andere grote studentensteden. Daarnaast zijn veel volgers van zowel Eva de Goeij, Tim Hofman en Cathelijne Blok waarschijnlijk bekend met thema's zoals anticonceptie en abortus, aangezien zij zich alle drie uitgesproken feministisch profileren.

Hoewel Instagram een groot medium is, wordt het niet door iedereen gebruikt. De respondenten van dit onderzoek zijn mede daardoor waarschijnlijk niet representatief voor de circa 10.000 mensen³ die nu per jaar in Nederland voor een medicamenteuze abortus behandeling kiezen. Hen is ook niet gevraagd hoe lang geleden het was dat zij een abortus hebben ondergaan.

³ FIOM, <https://fiom.nl/kenniscollectie/abortus/cijfers-feiten>.

Op het moment dat de vragenlijst werd uitgezet werkte Eva de Goeij bij het Humanistisch Verbond. Daar werden voorbereidingen getroffen om de Stichting Ava op te richten. De Stichting Ava is daadwerkelijk opgericht in 2022; de verwerking van de gegevens is verricht onder verantwoordelijkheid van de Stichting Ava.

In-/Exclusiecriteria

Er zijn vooraf geen in-/exclusiecriteria vastgesteld om de vragenlijst te kunnen invullen. Iedereen die de link voor ogen kreeg, kon de vragenlijst anoniem invullen. Het is daarmee niet mogelijk te controleren of de respondenten daadwerkelijk ervaringen hebben gehad met abortus zorg. Wel stond zowel in de titel van de vragenlijst als in de toelichting duidelijk dat het ging om het delen van ervaringen met de abortuspil of overtijdbehandeling. Met de oproep 'deel je ervaring met de abortuspil of overtijdbehandeling' zijn de mensen ook geworven via Instagram.

De dataselectie

De vragenlijst is 472 keer ingevuld. De antwoorden zijn eerst opgeschoond door overduidelijke dubbelingen eruit te halen. Dit waren vragenlijsten met exact dezelfde open antwoorden. Het ging dus om personen die de vragenlijst meerdere keren hebben ingevuld of wellicht twee keer op de knop 'verzenden' hebben geklikt. Er is vervolgens gezocht op het woord 'zuigcurretage' en 'curretage'; de respondenten die expliciet in hun antwoord deze woorden hebben gebruikt zijn niet meegenomen in de analyse omdat de opzet was om de cliënttevredenheid met de *medicamenteuze* overtijdbehandeling en *medicamenteuze* zwangerschapsafbreking te meten. Het is niet uitgesloten dat sommige respondenten zowel een medicamenteuze als instrumentele behandeling hebben ondergaan. Na deze exclusies zijn antwoorden van 444 respondenten geanalyseerd.

De onderwerpen en vragen

De bevroagde onderwerpen zijn de cliënttevredenheid met de informatievoorziening, de ontvangen steun van de hulpverlener(s) en de verbeterpunten in de zorgverlening.

De vragenlijst bestond uit negen vragen, drie meerkeuzevragen en zes open vragen. Bij de eerste meerkeuzevraag, “Met welke hulpverlener had je contact voor het krijgen van de abortuspil of overtijdbehandeling?”, kon ‘huisarts’, ‘abortuskliniek’ of ‘verloskundige’ worden aangevinkt, of meerdere hulpverleners.

Bij de andere twee meerkeuzevragen, “Wat vond je van de informatie die je kreeg van de hulpverlener(s)?” en “Wat vond je van de steun die je kreeg van de hulpverlener(s)?”, werd om een waardeoordeel gevraagd waarbij de vraag met één cijfer op een vijfpunts Likertschaal beantwoord kon worden, variërend van 1 (‘heel slecht’) tot 5 (‘heel goed’).

Voor de zes open vragen bestond er geen maximaal aantal woorden. Op basis van die antwoorden is eerst open gecodeerd, waarbij alle open antwoorden zijn doorgenomen en labels aan tekstfragmenten in de antwoorden zijn verbonden. Inhoudelijk gelijkwaardige labels zijn verder samengevoegd tot grotere groepen. Bijvoorbeeld: de labels ‘vriendelijk’ en ‘aardig’ zijn samengevoegd tot een grotere groep ‘sympathiek’. Vervolgens zijn er (functionele) verbanden gelegd tussen de grotere groepen. Zie voor de volledige vragenlijst bladzijde 32.

Resultaten

Hulpverleners

Verreweg de meeste respondenten (72,2%) hebben contact gehad met een abortuskliniek; 56,7 % heeft contact gehad met een huisarts.

Tabel 1. Verdeling van contact met hulpverleners in respondentengroep. Totaal N=441. Drie respondenten vulden niets in bij deze eerste vraag.

Contact met hulpverlener(s)	Aantal	Percentage
Abortuskliniek	185	42,0%
Huisarts & Abortuskliniek	134	30,4%
Huisarts	101	22,9%
Huisarts & Verloskundige	8	1,8%
Huisarts & Abortuskliniek & Verloskundige	7	1,6%
Verloskundige	5	1,1%
Abortuskliniek & Verloskundige	1	0,2%
TOTAAL	441	100%

Cliënttevredenheid

Het grootste deel van de 444 respondenten geeft aan een neutrale of positieve ervaring met de overtijdbehandeling of abortuspil te hebben gehad. Zo geeft 63% aan de informatievoorziening 'goed' tot 'zeer goed' te hebben ervaren en geeft 25% aan de steun 'neutraal' te hebben ervaren. 55% gaf aan de steun 'goed' tot 'zeer goed' te hebben

ervaren en 23% geeft aan de steun 'neutraal' te hebben ervaren. 12% beoordeelt de verkregen informatie met 'slecht' tot 'zeer slecht', 19% beoordeelt de verkregen steun met 'zeer slecht' tot 'slecht'. Hoewel een meerderheid dus tevreden is over de verkregen informatie en steun, is dit niet voor iedereen het geval.

De verkregen steun en informatie door de abortuskliniek wordt over het algemeen wat hoger beoordeeld dan die van de huisarts.

Tabel 2. Cliënttevredenheid met de verstrekte informatie. N=431. 13 respondenten gaven een blanco antwoord. Likert schaal 1= zeer slecht; 2=slecht; 3= neutraal; 4= goed; 5=zeer goed

Beoordeling informatie		
BEOORDELING LIKERT SCHAAL	AANTAL	PERCENTAGE
1	16	4%
2	35	8%
3	105	24%
4	132	31%
5	143	33%
TOTAAL	431	100%

64% was positief over de ontvangen informatie, 12% negatief en 24% neutraal.

Tabel 3. Cliënttevredenheid met de ervaren steun. N=431. 13 respondenten gaven een blanco antwoord.

Likert schaal 1= zeer slecht; 2=slecht; 3= neutraal; 4= goed; 5=zeer goed

Beoordeling steun

BEOORDELING LIKERT SCHAAL	AANTAL	PERCENTAGE
1	41	10%
2	42	10%
3	104	24%
4	88	20%
5	156	36%
TOTAAL	431	100%

56% was positief over de ontvangen steun, 20% negatief en 24% neutraal.

Thema's in de kwaliteit van zorg

De inhoudelijke analyse van de antwoorden op de open vragen laat zien wat de respondenten belangrijk vinden in hun ervaring van de zorgkwaliteit. Hierin komen vier hoofdthema's naar voren: informatievoorziening, persoonlijke aandacht, nazorg en oordeelvrije zorg. Onderstaande resultatensectie is in deze vier thema's ingedeeld. In de antwoorden is niet altijd duidelijk het verschil te lezen tussen elementen in de zorg die de respondent had gemist en elementen in de zorg die zij wel kreeg en waardeerde. Daarom wordt veel gesproken over elementen in de zorg die respondenten belangrijk vinden, niet altijd met een negatieve of positieve waardering erbij.

Informatievoorziening

Een terugkerend thema in de open antwoorden is de informatievoorziening. De grote vraag die leeft bij de respondenten is: wat kan ik verwachten? Deze behoefte aan informatie is onder te verdelen in verschillende subthema's: praktische informatie, de werking van de abortuspil, effecten en risico's van medicamenteuze zwangerschapsafbreking, een telefoonlijn en informatie over de eventuele mentale gevolgen. Bovenal werd aangegeven dat het belangrijk is dat de informatie duidelijk, toegankelijk en helder wordt gecommuniceerd.

“Het traject werd duidelijk en helder uitgelegd, ik wist wat me te wachten stond en kreeg genoeg ruimte om vragen te stellen”

Praktische informatie

Veel vrouwen* gaven aan behoefte te hebben aan praktische, logistieke informatie. Zoals informatie over wie er met je mee kunnen, of je van tevoren beter wel of niet kunt eten, maar ook waar en wanneer je het (de abortuspil) kan halen.

“Ik kan mij herinneren dat de informatie die werd verleend objectief en praktisch was, wat ik erg prettig vind.”

“Mijn huisarts wist er zelf niet veel over, bij de kliniek kreeg ik amper informatie.”

De werking, effecten en risico's van medicamenteuze zwangerschapsafbreking

Opvallend was dat een grote meerderheid (70%) van de respondenten spontaan noemde dat ze het belangrijk vinden om te weten wat 'de effecten zijn op lichaam en geest' zijn na het nemen van de abortuspil. Een deel van de respondenten weet niet wat 'normaal' is en sommige respondenten geven aan onvoorbereid te zijn op de fysieke effecten van de abortuspil. Vrouwen* hebben vragen zoals over wanneer de pil begint te werken of wanneer je weer normaal voelt, of over hoeveel pijnstillers je mag nemen.

“Dat je niet alleen moet zijn als je een abortus pil neemt. Ik voelde me lichamelijk mega slecht.”

“Meer nadruk op het rust nemen na de behandeling, ik ben van mijn abortuspil nog een week nog heel erg moe geweest en had graag geweten dat ik echt wat rustiger aan moest doen.”

Bovendien willen vrouwen* weten hoe het proces van de abortuspil precies werkt. Er zijn vragen zoals wanneer je precies de tweede pil moet innemen maar ook over wanneer het bloeden begint en weer stopt. Daarnaast is er ook behoefte aan informatie over de risico's en bijwerkingen. Kortom: wat gebeurt er in je lichaam?

“Ik had zelf geen idee wanneer het op zou houden en wanneer het “gelukt” was.”

Naast praktische informatie en informatie om je goed te kunnen voorbereiden, geven respondenten aan te willen weten welke verschillende opties er zijn voor een zwangerschapsafbreking. Om tot een weloverwogen beslissing te komen om voor een medicamenteuze zwangerschapsafbreking te kiezen in plaats van een curettage willen vrouwen* graag de voor- en nadelen tegen elkaar af kunnen wegen en dus op de hoogte worden gesteld van de risico's en slagingspercentages.

In dat kader geven vrouwen* aan het belangrijk te vinden dat de medische risico's en de verschillende opties besproken worden, dat het proces stapsgewijs uitgelegd wordt en om te weten dat het herstel even kan duren.

“Ik wilde graag feiten en cijfers over de risico's.”

“De lange termijn effecten wilde ik graag weten. Het was toeval dat ik er veel heftiger op reageerde dan de meeste van mijn leeftijd, maar ik zou het wel fijn vinden als ik van tevoren wist dat dat mogelijk was.”

“Ze hebben niks verteld over eventuele complicaties, risico's of hoe lang het zou duren voor ik me normaal zou voelen.”

Telefoonlijn

Enkele vrouwen* (10) geven in hun antwoord expliciet aan het als positief te ervaren wanneer de hulpverleners hen het gevoel gaven altijd bereikbaar te zijn voor vragen. Bij de medicamenteuze behandeling is dit extra belangrijk omdat de medicatie ten dele thuis wordt genomen en de abortus thuis plaatsvindt. Dit vinden sommigen een fijnere omgeving dan een kliniek, maar er kunnen thuis ook veel vragen opkomen: is mijn hoeveelheid bloedverlies normaal? Wanneer stopt het weer? Wanneer moet ik naar de eerste hulp?

“Tijdens de abortus zelf (ik had voor thuis/de pil gekozen) werd ik bang van een aantal van de symptomen die ik voelde. Ik heb toen de kliniek gebeld – zoals was aanbevolen – heb daar nog eens rustig met een bevoegde kunnen praten. Dat stelde enorm gerust en vervolgens is de rest van de abortus spoedig verlopen.”

Persoonlijke aandacht

Elke abortus ervaring is anders. Toch noemt een meerderheid (67%) uit zichzelf dat zij persoonlijke aandacht belangrijk vindt. De één heeft behoefte aan ondersteuning bij het al dan niet kiezen voor een abortus, de ander wil graag napraten met een ervaringsdeskundige na afloop en weer een ander wil juist zo min mogelijk begeleiding van zorgverleners en wil het proces graag in eigen handen houden, met steun uit de eigen omgeving. Maar vaak geven respondenten aan dat ze het fijn zouden vinden als er expliciet naar hun behoeften en wensen was gevraagd. De behoefte aan persoonlijke aandacht is onderverdeeld in verschillende subthema's: liefdevol contact, geen nummertje zijn, wensen serieus nemen en zelf in controle zijn en rust of juist versnelling.

“Niet enkel het volgen van protocollen maar ook ruimte voor aanpassingen naar persoon. Niet iedereen is hetzelfde en dus zijn er al die verschillende verhalen en ervaringen, angsten en onzekerheden die niet worden weggenomen of behandeld omdat ze niet binnen het protocol passen.”

Liefdevol contact

Persoonlijke aandacht en liefdevol contact gaan hand in hand. Veruit de meeste vrouwen* (357) geven in hun open antwoord aan de steun van de hulpverleners (voornamelijk in de klinieken) te hebben ervaren als liefdevol en vriendelijk. Daarbij worden redenen genoemd als dat de hulpverleners begripvol waren, ze het gevoel hebben dat ze gehoord werden, de tijd genomen werd, ze serieus genomen werden, ze betrokken werden bij het proces, en de hulpverleners emotionele steun boden.

“Ze gaven me het gevoel dat ze er waren om me te helpen en dat ik ze daarin kon vertrouwen. Ze straalden deskundigheid uit zonder mij het gevoel te geven dat ik zelf niet wist wat ik deed. Voor mij de eerste keer in mijn leven – hoewel verder nooit ontevreden over zorg – dat ik een enorme bewondering voelde voor mijn hulpverleners. Het voelde alsof het niet uitmaakte waarom ik er was en wat ik zou kiezen.”

“Telefonisch was de abortuskliniek niet erg behulpzaam, maar de dag dat ik er was was iedereen zeer behulpzaam, vriendelijk, duidelijk, meedenkend, rustig en dit zorgde dat ik geen slecht gevoel kreeg bij mijn beslissing.”

“In de kliniek: echt top mensen!”

“Van de verplegers in de abortuskliniek kreeg ik het warmste gevoel. Ze leefden echt met je mee.”

“Van de kliniek vond ik het [de steun] fijn, iedereen was erg aardig en ik had echt het gevoel dat ze de tijd namen voor mij. Ik voelde mij niet zomaar een nummertje, ze hadden echt veel tijd voor mij (...)”

Geen nummertje zijn

Toch beschrijft ook een deel van de vrouwen* (33%) dat ze zich wel een ‘nummertje’ in de abortuskliniek voelen en ze beoordelen de steun die ze kregen van de hulpverlener(s) als kil. De meesten noemen daarvoor als reden dat ze de kliniek een te zakelijke omgeving vonden, zonder ruimte voor emotie, steun of begrip.

“Iets té duidelijk dat het voor hem routine was, voor mij natuurlijk(!) niet.”

“Totaal gebrek aan steun, was een nummertje wat weggewerkt moest worden.”

Ook geven vrouwen* aan dat het begeleid worden door een en dezelfde hulpverlener, bij het gesprek vooraf, tijdens de behandeling en in de eventuele nazorg zou helpen tegen het ervaren onpersoonlijke gevoel van een ‘nummertje’ te zijn.

Wensen serieus nemen en zelf in controle zijn

Een terugkerend onderwerp in de inventarisatie is het zelf in controle zijn en serieus genomen worden. Over het wel of niet willen zien van de echo verschillen de meningen bijvoorbeeld sterk per persoon, sommigen willen de echo absoluut niet zien, anderen willen de echo juist mee naar huis nemen voor het verwerkingsproces. Een paar vrouwen* geven aan dat er niet naar hun uitgesproken wens hierover is geluisterd.

“Ook had ze de foto van de echo zichtbaar op tafel liggen, terwijl ik tijdens de echo had aangegeven dit niet te willen zien.”

“Zo wilde ik graag een foto van de scan mee en dit regelde ze dan ook meteen. Ze waren flexibel.”

Rust of juist versnelling

Ook over het tempo van het proces verschillen de respondenten van mening. Sommigen geven aan behoefte te hebben aan rust, zij vinden het proces te gehaast of vinden het in de kliniek te druk. Ook hier speelt persoonlijke aandacht een rol, want de vrouwen* die aangeven dat ze graag meer tijd hadden gehad, geven ook vaak aan dat ze het gevoel hadden dat er een ‘standaard riedeltje’ werd afgespeeld, wat al sneller voor een opgejaagd en dus gehaast gevoel zorgt.

“Geen haast en standaard riedeltjes die worden afgedraaid. Het is eng, geef iemand de tijd, hoor iemands verhaal aan, en geef alle informatie.”

Anderen (33) vinden juist dat het hele proces wel wat sneller had gekund, waarbij vaak in de open antwoorden wordt genoemd dat ze de abortuspil bij de huisarts hadden willen halen. Dan hadden ze minder lang hoeven te wachten in de kliniek en bovenal minder ver hoeven te reizen.

“Dat je er niet zo ver voor moet reizen. In Zeeland is er lange tijd niets geweest.”

“Ik zou het fijn hebben gevonden als de huisarts de abortuspil had kunnen uitschrijven omdat ik me bij haar begrepen voelde en zij daadwerkelijk de tijd nam om naar mijn verhaal te luisteren”

Nazorg

Eén tiende van de respondenten geeft aan behoefte te hebben aan nazorg. Het gaat dan om informatie over waar ze na afloop terecht kunnen, mochten ze nog behoefte hebben aan een gesprek met een hulpverlener of juist met een ervaringsdeskundige. Enkeligen geven aan dat ze veel hadden gehad aan het FIOM bij de verwerking. Sommigen antwoorden dat ze het jammer vinden dat ze na afloop van de behandeling niks meer hebben gehoord van de hulpverlener(s), terwijl het voor hun gevoel nog niet 'afgerond' of 'klaar' was, terwijl ze er in hun omgeving ook niet over konden praten. De behoefte (of niet) aan nazorg is onder te verdelen in verschillende subthema's: informatie over mogelijke mentale effecten, het gebrek aan nazorg, en dat nabellen fijn zou zijn geweest.

“Meer focus op dat abortus een proces is, en niet zozeer één moment.”

Informatie over mogelijke mentale effecten

Sommige vrouwen* vinden de informatieverstrekking over wat zij na de abortus konden verwachten op het gebied van (lichamelijke en) mentale effecten onvoldoende. Zij wilden daarnaast ook weten waar ze met eventuele vragen daarover na de abortus terecht zouden kunnen.

“Je wilt zo uitgebreid mogelijk geïnformeerd worden. Ook bijvoorbeeld over de evt mentale dingen en waar je terecht kunt daarmee.”

Nabellen was fijn geweest

Enkele respondenten noemen dat zij graag een een telefoontje hadden gehad met de vraag hoe het met hen gaat. Mocht dat nodig zijn, dan kan in dat gesprek worden doorverwezen naar aanvullende hulp, websites of praatgroepen.

“Achteraf was het toch wel fijn geweest als iemand mij had gebeld over hoe het was gegaan, zodat je er toch verplicht nog een keer over moet praten.”

Het gebrek aan nazorg

Eén tiende van alle vrouwen* geeft aan behoefte aan nazorg te hebben gehad, veelal in de vorm van aandacht van de zorgverleners.

Een kwart van de circa 100 vrouwen* die de verkregen informatie en steun als 'neutraal' beoordelen, geven aan dat zij behoefte hebben gehad aan nazorg. Mogelijk is deze on vervulde behoefte er de reden van dat zij de ervaren informatie en steun niet positiever hebben beoordeeld.

“Ik voelde wel begrip vanuit de hulpverlener(s), alleen de nazorg liet te wensen over. Er was geen follow up afspraak.”

“Ik denk dat ik meer steun achteraf belangrijk vind, dus het hele proces erna. Er wordt namelijk helemaal niet meer naar je omgekeken zodra je de kliniek uitloopt.”

Geen oordeel

Bijna een kwart van de respondenten (102) geeft in hun antwoord aan het belangrijk te vinden om door hun hulpverlener(s) niet veroordeeld te worden. Dit betekent dat zij dit hebben gewaardeerd of dit juist hebben gemist in het contact met hulpverlener(s). De helft van de respondenten (220) geeft in hun open antwoord bij een eerdere vraag al aan het belangrijk te vinden dat de hulpverlener ‘begripvol’ is voor de keuze die ze maakten en voor hun situatie. In deze inventarisatie blijkt dat een beperkt deel van de vrouwen* wel met een oordelende hulpverlener te maken kreeg. Het vaakst wordt in de antwoorden op open vragen over een oordelende hulpverlener expliciet de huisarts vermeld. De behoefte aan ‘oordeelvrije zorg’ is op te delen in verschillende subthema’s: ondersteuning bij het maken van een autonome en passende keuze, nare opmerkingen en ‘er bestaan geen foute keuzes of emoties’.

“Geen judgement, respect en mogelijkheid tot vragen stellen vond ik erg fijn en belangrijk. Mijn huisarts zei ook dat ze na ons gesprek er 100% zeker van was dat dit mijn keuze was, dat voelde goed om te horen.”

“Van de huisarts (met name de assistente) zeer afkeurende reactie toen ik belde om informatie in te winnen over dit onderwerp.”

Ondersteuning bij het maken van een autonome en passende keuze

Om een autonome keuze te kunnen maken die niet wordt gestuurd door de meningen van anderen, is neutrale informatie noodzakelijk waarbij voor- en nadelen besproken worden. Dat gaat niet alleen over vrij kunnen kiezen voor een abortus, maar ook over de manier waarop je de abortus wilt.

“Ik vond dat ik sturende info kreeg (pil werd absoluut afgeraden, curettage aanbevolen).”

“Ik kreeg wel goede informatie maar er werd mij dringend verzocht om na te denken of ik toch niet een abortusbehandeling wilde ipv de abortuspil. Volgens de

hulpverleners zou de abortuspil erg heftig zijn, ik kreeg het idee dat ze het niet prettig vonden om mij die pil te geven.”

“De huisarts daarentegen meldde meerdere keren dat als ik het zou houden, het ook allemaal goed zou komen en dat abortus plegen niet nodig zou hoeven zijn.”

Enkele vrouwen* gaven aan dat zij veroordelende reacties hebben gekregen van zorgprofessionals.

“Mijn huisarts begint uit zichzelf al van mevrouw u bent rond de 35, als u kinderen wilt niet te lang wachten hoor (!).”

“De arts bij de abortuskliniek was een man die enorm oordeelde over mijn keuze, wat niet heel fijn is in zo’n situatie. De assistenten waren daarentegen heel vriendelijk en behulpzaam”

Nare opmerkingen

Nadat hun keuze al is gemaakt en de vrouwen* professionele medische hulp hebben gezocht, krijgen sommige vrouwen* te maken met nare opmerkingen. Voor veel vrouwen* is het een beladen moment, zodat één verkeerde opmerking veel impact kan hebben.

“Beide artsen, in de abortuskliniek en de huisarts waren erg veroordelend over de keuze van mijn abortus. “Je hebt er vorig jaar ook al een gedaan, waarom zit je niet aan de pil?”

“Hij zei dat ik een goede moeder zou zijn op mijn 17^e. Zonder geld, zonder eigen huis.”

Er bestaan geen foute keuzes of emoties

Een thema samenhangend met ‘geen oordeel’ is dat vrouwen* aangeven het belangrijk te vinden om te horen dat er ‘geen foute keuze is’. Hulpverleners kunnen hiermee

eventuele schaamte of schuldgevoel wegnemen. Ook is het voor veel vrouwen* belangrijk de bevestiging te krijgen dat emoties, zoals verdriet, er ook, zonder oordeel, mogen zijn.

“Dat men duidelijk maakt dat je je niet schuldig hoeft te voelen.”

“Dat alle keuzes die ik zou maken goed waren.”

“De mogelijkheid om zelf te bepalen hoe ‘erg’ ik het vond om een abortus te hebben ondergaan.”

“In de kliniek werd een echo gemaakt en werd de pil in een envelop meegegeven met informatie over hoe en wanneer ik de pillen moest innemen. Er was een kort gesprekje over hoe het had kunnen gebeuren en dat het niet nog een keer moest gebeuren. Voor mij gaf dat een groot gevoel van schaamte en afkeur vanuit de kliniek, terwijl ik wel had verwacht dat het een plek zou zijn waar het juist geaccepteerd zou worden.”

Conclusie en discussie

Inventarisatie van ervaringen van cliënten

Deze inventarisatie onderzoekt hoe vrouwen* de abortuspil of medicamenteuze overtijdbehandeling hebben ervaren. De vragen gaan specifiek over de steun, informatie en begeleiding die zij hebben gekregen van hun hulpverlener(s). Het grootste gedeelte van de respondenten geeft aan tevreden te zijn over hun ervaring. Een kleiner deel beoordeelt de verkregen informatie (12%) en steun (20%) met 'zeer slecht' tot 'slecht'.

Vier grote thema's kwamen uit de antwoorden op open vragen naar voren:

informatievoorziening, persoonlijke aandacht, nazorg en oordeelvrije zorg.

Abortus cliënten vinden het belangrijk dat zij tevoren compleet en goed worden geïnformeerd over de praktische, logistieke, lichamelijke en mentale aspecten van de abortuspil, door een hulpverlener die begripvol is en niet oordelend. Een hulpverlener die respect heeft voor en steunend is bij de keuze, die bereid is maatwerk te leveren, en die ook na de ingreep al dan niet telefonisch bereikbaar is voor vragen en eventueel gewenste begeleiding.

Hoewel het aannemelijk is dat oordeelvrije en niet-sturende zorg altijd belangrijk is voor cliënten in het algemeen, lijkt het voor abortuszorg evidentier: Er heerst nog steeds een maatschappelijk taboe op abortus. Het lijkt daarom voor abortuscliënten extra belangrijk dat hun keuzes, wensen en behoeften worden gerespecteerd.

Uit deze inventarisatie komt ook naar voren dat zwangeren soms een moraliserende hulpverlener treffen, die hun keuze voor een afbreking of de gekozen methode expliciet of impliciet afkeurt. Relatief vaak wordt in de antwoorden dan de huisarts genoemd.

Ook vermelden meerdere respondenten dat de arts in de abortuskliniek soms een voorkeur voor curettage ten opzichte van een medicamenteuze abortus leek te hebben.

Uit de antwoorden komen allerlei suggesties voor het verbeteren van de zorg, van betere en uitgebreidere informatie, de attitude van de hulpverlener(s), en de nazorg. In de aanbevelingen worden deze verder uitgewerkt.

Evaluatie van de inventarisatie en nog openstaande vragen

Een sterk punt van deze inventarisatie is dat er veel gegevens zijn vergaard en geanalyseerd over de cliënttevredenheid bij (medicamenteuze) zwangerschapsafbreking. De respons op deze vragenlijst was onverwacht hoog en er is een flinke oogst aan kwalitatieve gegevens over cliëntervaringen, zowel positief als negatief. Hierop kan verder onderzoek voortbouwen.

Gegevens over hoe vrouwen* zelf de abortuszorg ervaren, zijn waardevol en belangrijk vanwege de toename van het aandeel medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen en de mogelijk grotere rol van de huisarts hierin in de toekomst, terwijl er nauwelijks onderzoek is gedaan naar de ervaringen van cliënten.

Een beperking van dit onderzoek is dat er weinig bekend is over de respondenten, zo zijn de demografische variabelen niet uitgevraagd en ook is er geen informatie over hoe lang geleden de abortus heeft plaatsgevonden. Zo is het mogelijk dat de geanalyseerde gegevens niet representatief zijn voor de gemiddelde persoon die voor een (medicamenteuze) abortus kiest, doordat de vragenlijst is uitgezet in een specifieke populatie via persoonlijke Instagram pagina's (*convenience sampling*).

Hoewel we nu weten welke thema's door cliënten belangrijk worden gevonden, zijn er nog veel openstaande vragen zoals:

Hoe zien de genoemde thema's eruit in een meer representatief onderzoek? Welke informatie en steun hebben cliënten daadwerkelijk ervaren en al dan niet gemist? Krijgen zij wel objectieve informatie over voor- en nadelen van medicamenteuze en instrumentele behandelingen? Is er *informed consent* gevraagd bij echoscopisch onderzoek? Hoeveel cliënten hebben negatieve lichamelijke of mentale effecten ervaren na hun behandeling? Hoe ziet zinvolle nazorg eruit? Ervaren zij drang of dwang om bepaalde vormen van anticonceptie te gebruiken in aansluiting op een (herhaalde) abortus?

Hulpverleners niet altijd zonder oordeel

Dat niet alle hulpverleners erin slagen de cliënt open en zonder oordeel tegemoet te treden, is een opvallende bevinding in dit onderzoek.

Vermoedelijk is hier het effect zichtbaar van het feit dat abortus in Nederland nog steeds in het Wetboek van Strafrecht staat en dat door de abortuswet abortushulpverlening vrijwel uitsluitend plaatsvindt in klinieken, op wat ziekenhuizen na. Niet alleen is abortushulpverlening hiermee relatief onzichtbaar, ook wordt het buiten de gebruikelijke zorgverlening geplaatst, wordt een taboe op abortus in stand gehouden en ontstaat ruimte voor moraliserende opmerkingen in plaats van in de zorg gebruikelijke principes van ‘samen beslissen’. De abortuswet die voorschrijft dat een arts ook de zorgvuldigheid van de beslissing moet toetsen versterkt dit nog eens. Ook heeft dit als gevolg dat een abortusverzoek niet als een normale hulpvraag beoordeeld wordt, net zoals een vraag naar anticonceptie of hulp bij het zwanger worden. Het is daarom wenselijk zowel in de geneeskundige opleiding als in de huisartsenopleiding aandacht te besteden aan het normaliseren van abortushulpverlening, waarbij het respecteren van het zelfbeschikkingsrecht van vrouwen* het uitgangspunt dient te zijn.

Bevindingen sluiten aan bij eerder onderzoek

Net zoals in deze inventarisatie kwam uit eerder kwalitatief onderzoek naar de ervaren barrières in de abortuszorg in Nederland dat voor vrouwen* autonomie van belang is (Holten et al., 2021).⁴ Holten vond onder andere dat vrouwen* bij een abortus last hebben van het taboe op abortus en zich veroordeeld voelen door hun arts. Dit sluit ook aan bij bevindingen uit de huidige inventarisatie: mensen hebben behoefte aan oordeelvrije zorg en voelen zich soms veroordeeld door hun (huis)arts.

Bovendien laat eerder onderzoek zien dat sommige vrouwen die informatie zochten over abortus en besluitvorming rondom ongeplande of ongewenste zwangerschap deze moeilijk konden vinden.⁵ Er was behoefte aan neutrale, feitelijke informatie zonder blijk van vooringenomen standpunten. Doorgaans hadden vrouwen behoefte aan een hulpverlener die zich ‘neutraal’ opstelde, geen mening liet doorschemeren, begrip toonde en beschikte over kennis. Dit komt sterk overeen met de resultaten van de

⁴ Lianne Holten, Eva de Goeij & Gunilla Kleiverda (2021) Permeability of abortion care in the Netherlands: a qualitative analysis of women's experiences, health professional perspectives, and the internet resource of Women on Web, Sexual and Reproductive Health Matters, [10.1080/26410397.2021.1917042](https://doi.org/10.1080/26410397.2021.1917042).

⁵ Marieke Brauer, Carolus van Nijnatten & Wilma Vollebergh (2012) Besluitvorming rondom ongewenste zwangerschap, [Besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap.pdf – Fio](https://fio.nl/sites/default/files/files/Besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap.pdf)[https://fio.nl > sites > default > files > files > Besl...](https://fio.nl/sites/default/files/files/Besluitvorming-rondom-ongewenste-zwangerschap.pdf)

huidige inventarisatie: een behoefte aan niet-sturende hulpverleners, heldere informatie en persoonlijke, begripvolle aandacht.

Een zorgdiscipline die grenst aan de abortuszorg - de zorg voor zwangeren- is de geboortezorg. Daar zijn een gevoel van autonomie en ontvangen steun voorspellend voor de zorgervaring van vrouwen.⁶ Uit dit onderzoek van de afdeling Midwifery Science van Amsterdam UMC blijkt dat vrouwen zich vaak niet serieus genomen voelden tijdens de bevalling. Ook beschreven de vrouwen een gebrek aan steun en compassie. Het niet serieus genomen voelen en een gebrek aan begrip en autonomie komen ook vaker terug in deze inventarisatie. De thema's die spelen bij zwangere mensen die zorg nodig hebben komen opvallend overeen, of dit nu gaat om het afbreken of behouden van de zwangerschap.

Maatschappelijke relevantie

Er is weinig bekend over ervaringen van vrouwen* die voor een abortus hebben gekozen.⁷ Deze inventarisatie is een eerste stap naar meer onderzoek naar hoe mensen een abortus ervaren. Daarmee wordt duidelijk wat vrouwen* echt willen. Voor goede zorgverlening en verandering van wet- en regelgeving is het belangrijk om de wensen van de mensen over wie het gaat serieus te nemen.

Respondenten hebben in dit onderzoek vragen gesteld en zorgen geuit over de mogelijke mentale gevolgen van een abortus. Uit eerder follow-up onderzoek na abortus weten we dat 5 tot 6 jaar na een abortus er geen verhoogd risico is op psychische aandoeningen⁸. Wel lijkt het erop dat vrouwen* direct na een abortus, waarschijnlijk samenhangend met de hormonale verandering, kortdurend lichamelijke en mentale veranderingen kunnen ervaren, vergelijkbaar met de ervaringen van

⁶ 'Onderzoek naar negatieve ervaringen met de geboortezorg', <https://amsterdamumc.org/nl/vandaag/onderzoek-naar-negatieve-ervaringen-met-de-geboortezorg.htm>.

⁷ 'Nederlanders praten niet snel over abortus', <https://www.humanistischverbond.nl/nederlanders-praten-niet-snel-over-abortus/>.

⁸ Jenneke Van Ditzhuijzen, Margreet Ten Have, Ron de Graaf en Carolus H.C.J. van Nijnatten: Long-term incidence and recurrence of common mental disorders after abortion. A Dutch prospective cohort study. April 2018, Journal of Psychiatric Research 102;DOI:10.1016/j.jpsychires.2018.04.001; Project: Dutch Abortion and Mental Health Study (DAMHS)

vrouwen* na een miskraam. Zoals ook uit onze inventarisatie blijkt is het van belang dat abortus cliënten tevoren complete en objectieve informatie krijgen over de gevolgen van een (medicamenteuze) abortus, en dat zij passende nazorg ontvangen.

Een volgende stap zou zijn een systematische inventarisatie van hoe vrouwen* de abortuszorg ervaren, wordt er aan hen *informed consent* gevraagd bijvoorbeeld voor echoscopisch onderzoek, krijgen zij objectieve informatie over voor- en nadelen van medicamenteuze en instrumentele behandelingen? Ervaren zij drang of dwang om bepaalde vormen van anticonceptie te gebruiken in aansluiting op een (herhaalde) abortus?

In het coalitieakkoord 2021-2025 presenteerden de VVD, D66, CDA en CU plannen om de “integrale ondersteuning bij zwangerschappen te verbeteren”. In dat kader wordt genoemd: “we garanderen toegankelijke abortuszorg en spannen ons vanwege de impact die een abortus kan hebben in om de (na)zorg te verbeteren”.⁹

Toegankelijkheid en de (na)zorg zijn twee thema’s die ook naar voren kwamen in deze inventarisatie. Toegankelijkheid van abortuszorg is onder andere afhankelijk van financiële en logistieke factoren (zoals de afstand tot de kliniek). Voor het vergroten van de toegankelijkheid is bovendien ook de keuzevrijheid van zorgverlener van belang. In dat kader doet de mogelijkheid van hulpverlening door huisartsen ertoe. Ook lijkt het passend dat de verloskundige abortuszorg mag en kan verlenen, dit is nu wettelijk niet mogelijk. Thema’s die spelen bij zwangeren komen overeen, of zij nu willen afbreken of hun zwangerschap uitdragen. Meer dan de helft van de Nederlanders die voor abortus kiest heeft al kinderen, velen van hen hebben een vertrouwde verloskundige. Ook werd in deze inventarisatie gevonden dat vrouwen het fijn vinden om zich geen ‘nummertje’ te voelen. Geholpen worden in het hele proces van de abortus door dezelfde (wellicht vertrouwde) huisarts of verloskundige kan voor deze vrouwen wenselijk zijn. Toch bleek uit een eerdere peiling dat 30% van de Nederlandse vrouwen liever geholpen wil

⁹ ‘Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst’, Coalitieakkoord 2021 – 2025. VVD, D66, CDA en ChristenUnie. 15 december 2021 [Omzien naar elkaar, vooruitkijken naar de toekomst](https://www.kabinetsformatie2021.nl)<https://www.kabinetsformatie2021.nl> > 2021/12/15, p. 35.

worden door de abortuskliniek dan door de huisarts.¹⁰ Voor abortus cliënten lijkt het dus van belang dat verschillende hulpverleners abortuszorg kunnen aanbieden.

¹⁰ IPSOS peiling, 2022, in opdracht van Ava.

Aanbevelingen

Algemene aanbevelingen

1. Er moet meer onderzoek worden gedaan in representatieve samples. Omdat de respondentengroep van deze inventarisatie niet representatief was voor de gemiddelde vrouw* die voor een abortus kiest, is vervolgonderzoek nodig.
2. De website 'thuisarts.nl' geeft reeds beknopte informatie over medicamenteuze zwangerschapsafbreking. Omdat dit een veelbezochte website is om medische informatie op te zoeken, zou het ook goed zijn om hier een pagina aan te maken met informatie over de abortuspil. Op die pagina kunnen vragen beantwoord worden als 'wat is een normale hoeveelheid bloedverlies?' en 'wanneer moet ik naar de eerste hulp?' met een link naar de website van Ava.

Aanbevelingen aan hulpverleners

1. Wanneer de Eerste Kamer instemt met het verstrekken van de abortuspil bij de huisarts, is belangrijk dat huisartsen zich bewust zijn van het belang van een niet-moraliserende attitude met persoonlijke aandacht.
2. Het proces van samen beslissen moet bij een abortus leidend zijn, waarbij het zelfbeschikkingsrecht van de vrouw* ondersteund en gerespecteerd wordt. Dat geldt zowel voor de keuze voor abortus, als de gekozen methode .
3. Vraag de abortus cliënt expliciet waar zij behoefte aan heeft: veel aandacht en ondersteuning, of juist een hulpverlener die wat meer op de achtergrond staat. Ga na: welke verwachtingen heeft zij van de zorgverlener, stelt zij telefonisch contact na afloop al dan niet op prijs?
4. Ga in een gesprek na, welke informatie zij heeft, aan welke aanvullende informatie zij behoefte heeft, of zij weet waar zij aanvullende informatie kan verkrijgen. Bespreek eventueel samen de feitelijke informatie die gegeven wordt op thuisarts.nl. en desgewenst <https://www.infopuntonbedoeldzwanger.nl>. Geef ook objectieve informatie over het feit dat na abortus de kans op psychische

aandoeningen niet verhoogd is, wat niet betekent dat er soms wel degelijk emoties een rol spelen.

5. Voor vrouwen* die kiezen voor een medicamenteuze afbreking moet het duidelijk zijn wanneer zij telefonisch contact met een zorgverlener moeten opnemen, en waar zij met vragen tijdens en na het proces van een medicamenteuze abortus terecht kunnen. Elke huisarts of andere hulpverlener of kliniek die medicamenteuze abortus voorschrijft, zal dit rond de eigen praktijk moeten organiseren. Overigens gelden hierbij dezelfde principes als bij een spontane of met medicatie opgewekte miskraam.
6. Al bovenstaande aspecten dienen aan de orde te komen bij de bij en nascholing van hulpverleners.

Aanbevelingen aan de overheid

1. Het feit dat abortus nog steeds in het Wetboek van Strafrecht staat heeft een negatieve invloed op de attitude van sommige hulpverleners. Abortus cliënten hebben daar last van. Voor het verder normaliseren van de abortushulpverlening pleiten wij voor het verwijderen van abortus uit het wetboek van strafrecht.
2. Betrek bij het voorbereiden, maken en evalueren van beleid rondom abortus en anticonceptie de cliëntenorganisatie, in dit geval Ava.
3. Faciliteer verder en gedetailleerder onderzoek naar de behoeften van vrouwen* die kiezen voor abortus, gebaseerd op deze eerste inventarisatie. Ava biedt aan cliënten van abortus- en anticonceptiezorg een platform om hun ervaringen en visies te delen. Een grotere studie met een representatieve onderzoeksgroep kan de kennis rondom cliëntervaringen verder verbeteren.
4. Overweeg de mogelijkheid om ook verloskundigen de mogelijkheid te bieden om de abortuspil voor te schrijven, om de toegankelijkheid van abortus zorg te vergroten.
5. Evalueer na enkele jaren het voorschrijven van de abortuspil door de huisarts (en eventueel verloskundige) : hoe tevreden zijn cliënten met deze mogelijkheid? Wat gaat goed, wat kan beter?

6. Zet op de korte termijn in op verbeteren van de informatieverstrekking: uitbreiden en verbeteren van de informatie op thuisarts.nl; een toegankelijke website met een factsheet (o.a. over lichamelijk en mentale gevolgen) en veelgestelde vragen en antwoorden. Hierbij ook aandacht voor nazorg, contactmogelijkheden en hulp en begeleiding na de abortus, en de mogelijkheden om contact op te nemen met lotgenoten en meer informatie te verkrijgen via Ava met een link naar de website van Ava.
7. Er is behoefte aan een hulpverlener die op elk moment bereikbaar is, ook na het nemen van de abortuspil. Wanneer huisartsen starten met het verstrekken van de abortuspil, hetgeen wenselijk is, zal ook de bereikbaarheid voor nazorg en problemen/complicaties sluitend moeten worden geregeld, bijvoorbeeld door het inschakelen van de huisartsenpost in avond, nacht en weekend, en de overheid (IGJ) zal daarop moeten toezien.

Bijlage 1 - Vragenlijst

Vragenlijst ervaring met abortuspil of overtijdbehandeling

Met welke hulpverlener had je contact voor het krijgen van de abortuspil of overtijdbehandeling? *(meerdere antwoorden mogelijk)*

Huisarts

Abortuskliniek

Verloskundige

Wat vond je van de informatie die je kreeg van de hulpverlener(s)?

Heel slecht (1) tot heel goed (5)

Waarom vond je dat?

Welke informatie vond jij belangrijk?

Wat vond je van de steun die je kreeg van de hulpverlener(s)?

Heel slecht (1) tot heel goed (5)

Waarom vond je dat?

Welke steun vond je belangrijk?

Wat wil(de) jij graag van je hulpverlener? Bijvoorbeeld in gedrag, kennis en hulp.

Wat kan er volgens jou beter in de hulp bij de abortuspil of overtijdbehandeling.

Bijlage 2 - Meest voorkomende sleutelwoorden per vraag

5 meest voorkomende sleutelwoorden per vraag

Vraag: Waarom vond je dat? (Na het beoordelen van de **informatie** op de 5 punt Likert-schaal)

5 meest voorkomende sleutelwoorden in open antwoorden:

Duidelijk (234)

Vriendelijke hulp (160)

Onvolledige informatie (71)

Niet neutraal/ onpersoonlijk (74)

Wat te verwachten (52)

Vraag: Welke informatie vond jij belangrijk?

5 meest voorkomende codes:

Effecten lichaam en geest (309)

Wat te verwachten (praktisch) (93)

Vrije keuze hulp (78)

Nazorg (41)

Geruststelling (23)

Vraag: Waarom vond je dat? (Na het beoordelen van de **steun** op de 5 punt Likert-schaal)

5 meest voorkomende sleutelwoorden in open antwoorden:

Liefdevol contact (357)

Kil (146)

Duidelijk (50)

Geen nazorg (36)

Huisarts slecht (21)

Vraag: Welke steun vond je belangrijk?

5 meest voorkomende sleutelwoorden in open antwoorden:

Begripvol (220)

Nazorg (45)

Zonder oordeel (42)

Informatie (35)

Steun van omgeving (23)

Vraag: Wat wilde jij graag van je hulpverlener(s)?

5 meest voorkomende sleutelwoorden in open antwoorden:

Persoonlijke aandacht (296)

Informatie (177)

Geen oordeel (102)

(Mentale) nazorg (44)

Info werking pil (30)

Vraag: Wat kan er volgens jou beter in de hulp bij de abortuspil of overtijdbehandeling?

5 meest voorkomende sleutelwoorden in open antwoorden:

Persoonlijke aandacht (95)

Abortus met voor- en nazorg (75)

Informatievoorziening (70)

Wachttijd (63)

Niks (53)